

第1号様式 (第3条関係)

## 京都市精神障害者自立支援医療費支給申請書

(宛先) 京 都 市 長	平成            年        月        日
申請者の住所	申請者の氏名 (記名押印又は署名)  電話                            — (精神障害者との関係                            )

京都市精神障害者自立支援医療費支給要領第3条の規定により, 支給を申請します。													
精神障害者	住 所												
	氏 名	電話                            —											
	生年月日	年	月	日									
精神障害者保健福祉手帳	障害等級	級											
	交付番号									有効期限	年	月	日
長期入院後の 通院認定	入院期間	年	月	日から	年	月	日まで						
	病院名												
	上記の期間, 継続して入院治療を行ったことを証明する。												
病院 管理者		印											
精神障害者の 連絡先	住 所												
	氏 名	電話                            —											

注 精神障害者保健福祉手帳交付相当による支給申請の場合は、診断書を添えてください。

精神障害者保健福祉手帳交付相当による支給 長期入院後の通院のための支給	認定                            不認定
--	-----------------------------------