

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	令和 年 月 日
申請者の住所	申請者の氏名 (記名押印又は署名) 印 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	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 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
--	--------