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

（あて先）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） 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綱第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	性別	□ 男　□ 女
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