

通院医療費公費負担
精神障害者保健福祉手帳 申請書

※保健所名	保健所									
※受理年月日	平成			年			月			日
※整理番号	市町村						保健所			
※交付予定年月日	平成			年			月			日

埼玉県知事 土 屋 義 彦 様

平成 年 月 日

申請者 住 所

氏 名

印

障害者（患者）との続柄

次の事項について申請します。

- 1 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第32条に規定する通院医療費の公費負担の
（新規承認・継続承認・再申請・患者票追加交付・都道府県間の住所変更による患者票交付）
- 2 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に規定する精神障害者保健福祉手帳の
（新規交付・更新・再申請・障害等級変更・都道府県間の住所変更による手帳交付）

※前回障害等級

障 害 者 (患 者)	フリガナ											性 別	男 女	生 月 年 日	明治・大正・昭和・平成							
	氏名 (姓)	(名)																				
	住所	〒 ー 市 電話 ー ー										埼玉県 郡 町 村										
家 族 の 連 絡 先	氏名											続 柄	父母・子・配偶者・兄弟 祖父母・親類・同居者・その他									
	住所	〒 ー 市 電話 ー ー										都道 府県 郡 市区町村										
通 申 請 者 の 医 療 費 の 入 記	保 険 の 種 類	健保（本人・家族） 各種共済（本人・家族） 老保 労災 国保（一般・退職本人・退職家族） 国保組合（本人・家族・従業員） 船員（本人・家族） 生保（受給中・申請中：福祉事務所名） その他（ ） 保険未加入																				
	通院医療の医療機関	医療機関名 電話 （ ） 所在地																				
既 存 の 患 者 票	受給者番号											有効期限	平成			年			月 末 日			
既 存 の 手 帳	手帳番号											有効期限	平成			年			月 末 日			
申 請 書 を 提 出 し た 者	氏名											本人との関係	父母・子・配偶者・兄弟・祖父母 親類・同居者・医療機関職員・本人・その他									
	住所	〒 ー 市 電話 ー ー										都道 府県 郡 市区町村										

(注) 1 申請事項については、該当するものをすべて○で囲んでください。
2 通院医療費公費負担の申請時には通院医療費公費負担用診断書を添えてください。
3 精神障害者保健福祉手帳の新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行う場合は、次のいずれかの書類を添付してください。
（2）の書類を添付した場合は、社会保険事務所、共済組合等に対し、年金の障害等級を照会することがあります。）
(1) 医師の診断書
(2) 障害年金の年金証書又は年金裁定通知書及び直近の振込（支払）通知書の写し
4 通院医療費公費負担と精神障害者保健福祉手帳の同時申請時には通院医療費公費負担用診断書は必要としません。
5 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者が通院医療費公費負担を申請する場合は、当該手帳を持参してください。
6 申請者欄は、次の者が記入してください。
(1)通院医療費の公費負担を申請できる者は、障害者又はその保護者
(2)精神障害者保健福祉手帳を申請できる者は、障害者
7 ☐ 欄は通院医療費の公費負担を申請する場合に記入してください。
8 ※の欄は記入しないでください。

通院医療費公費負担
精神障害者保健福祉手帳 申請書

※保健所名	保健所									
※受理年月日	平成			年			月			日
※整理番号	市町村						保健所			
※交付予定年月日	平成			年			月			日

埼玉県知事 土 屋 義 彦 様 平成 年 月 日

申請者 住 所

氏 名

障害者（患者）との続柄

次の事項について申請します。

- 1 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第32条に規定する通院医療費の公費負担の
(新規承認・継続承認・再申請・患者票追加交付・都道府県間の住所変更による患者票交付)

2 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に規定する精神障害者保健福祉手帳の
(新規交付・更新・再申請・障害等級変更・都道府県間の住所変更による手帳交付)
- ※前回障害等級

障 害 者 (患 者)	フリガナ																					性 男	生 月	明治・大正・昭和・平成								
	氏名	(姓)										(名)										別 女	年 日									
家 族 の 連 絡 先	住所	〒 ー 市 電話 ー ー										埼玉県 郡 町 村										続 柄	父母・子・配偶者・兄弟 祖父母・親類・同居者・その他									
	住所	〒 ー 市 電話 ー ー										都道 府県 郡 市区 町 村																				
通 院 医 療 費 の 入 金 記 入	保 険 の 種 類	健保（本人・家族） 各種共済（本人・家族） 老保 労災 国保（一般・退職本人・退職家族） 国保組合（本人・家族・従業員） 船員（本人・家族） 生保（受給中・申請中：福祉事務所名） その他（ ） 保険未加入																														
	通院医療の 医療機関	医療機関名										電話（ ）										所在地										
既 存 の 患 者 票	受給者番号											有効期限										平成			年			月 末 日				
既 存 の 手 帳	手帳番号											有効期限										平成			年			月 末 日				
申 請 書 を 提 出 し た 者	氏名											本人との関係										父母・子・配偶者・兄弟・祖父母 親類・同居者・医療機関職員・本人・その他										
	住所	〒 ー 市 電話 ー ー										都道 府県 郡 市区 町 村																				

(注) 1 申請事項については、該当するものをすべて○で囲んでください。
2 通院医療費公費負担の申請時には通院医療費公費負担用診断書を添えてください。
3 精神障害者保健福祉手帳の新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行う場合は、次のいずれかの書類を添付してください。
((2)の書類を添付した場合は、社会保険事務所、共済組合等に対し、年金の障害等級を照会することがあります。)

(1) 医師の診断書
(2) 障害年金の年金証書又は年金裁定通知書及び直近の振込（支払）通知書の写し

4 通院医療費公費負担と精神障害者保健福祉手帳の同時申請時には通院医療費公費負担用診断書は必要としません。
5 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者が通院医療費公費負担を申請する場合は、当該手帳を持参してください。
6 申請者欄は、次の者が記入してください。
(1)通院医療費の公費負担を申請できる者は、障害者又はその保護者
(2)精神障害者保健福祉手帳を申請できる者は、障害者

7 ☐ 欄は通院医療費の公費負担を申請する場合に記入してください。
8 ※の欄は記入しないでください。
9 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の改正により、平成14年4月1日から居住地の市町村が申請窓口となります。

通院医療費公費負担
精神障害者保健福祉手帳 申請書

※保健所名	保健所									
※受理年月日	平成		年		月		日			
※整理番号	市町村					保健所				
※交付予定年月日	平成		年		月		日			

埼玉県知事 土 屋 義 彦 様

平成 年 月 日

申請者 住 所

氏 名

障害者（患者）との続柄

次の事項について申請します。

- 1 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第32条に規定する通院医療費の公費負担の
(新規承認・継続承認・再申請・患者票追加交付・都道府県間の住所変更による患者票交付)
- 2 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に規定する精神障害者保健福祉手帳の
(新規交付・更新・再申請・障害等級変更・都道府県間の住所変更による手帳交付)

※前回障害等級

障 害 者 (患 者)	フリガナ											性 男	生 月	明治・大正・昭和・平成						
	氏名 (姓)	(名)										別 女	年 日	年 月 日						
	住所	〒 ー 市 電話 ー ー 埼玉県 郡 村																		
家 族 の 連 絡 先	氏名											続 柄	父母・子・配偶者・兄弟 祖父母・親類・同居者・その他							
	住所	〒 ー 市 電話 ー ー 都道 市 区 町 村 府県 郡 村																		
通 申 請 者 の 医 療 費 の 入 記	保 険 の 種 類	健保 (本人・家族) 各種共済 (本人・家族) 老保 労災 国保 (一般・退職本人・退職家族) 国保組合 (本人・家族・従業員) 船員 (本人・家族) 生保 (受給中・申請中: 福祉事務所名) その他 () 保険未加入																		
	通院医療の 医療機関	医療機関名 電話 () 所在地																		
既 存 の 患 者 票	受給者番号											有効期限	平成		年		月 末 日			
既 存 の 手 帳	手帳番号											有効期限	平成		年		月 末 日			
申 請 書 を 提 出 し た 者	氏名											本人との 関係	父母・子・配偶者・兄弟・祖父母 親類・同居者・医療機関職員・本人・その他							
	住所	〒 ー 市 電話 ー ー 都道 市 区 町 村 府県 郡 村																		

(注) 1 申請事項については、該当するものをすべて○で囲んでください。
2 通院医療費公費負担の申請時には通院医療費公費負担用診断書を添えてください。
3 精神障害者保健福祉手帳の新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行う場合は、次のいずれかの書類を添付してください。
(2)の書類を添付した場合は、社会保険事務所、共済組合等に対し、年金の障害等級を照会することがあります。)
(1) 医師の診断書
(2) 障害年金の年金証書又は年金裁定通知書及び直近の振込 (支払) 通知書の写し
4 通院医療費公費負担と精神障害者保健福祉手帳の同時申請時には通院医療費公費負担用診断書は必要としません。
5 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者が通院医療費公費負担を申請する場合は、当該手帳を持参してください。
6 申請者欄は、次の者が記入してください。
(1)通院医療費の公費負担を申請できる者は、障害者又はその保護者
(2)精神障害者保健福祉手帳を申請できる者は、障害者
7 欄は通院医療費の公費負担を申請する場合に記入してください。
8 ※の欄は記入しないでください。
※この欄は、精神障害者保健福祉手帳の交付を受ける者の住所が市町村が申請窓口となります。

通院医療費公費負担
精神障害者保健福祉手帳申請書

※保健所名	保健所									
※受理年月日	平成		年		月		日			

※交付予定年月日	平成		年		月		日			
----------	----	--	---	--	---	--	---	--	--	--

埼玉県知事 土 屋 義 彦 様

平成 年 月 日

申請者 住 所

氏 名

障害者（患者）との続柄

次の事項について申請します。

- 1 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第32条に規定する通院医療費の公費負担の
（新規承認・継続承認・再申請・患者票追加交付・都道府県間の住所変更による患者票交付）
- 2 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に規定する精神障害者保健福祉手帳の
（新規交付・更新・再申請・障害等級変更・都道府県間の住所変更による手帳交付）

障 害 者 (患 者)	フリガナ																					性 別	男 女	生 月 年 日	明治・大正・昭和・平成					
	氏名	(姓)										(名)													年 月 日					
	住所	〒 ー 市 電話 ー ー										埼玉県 郡 町 村																		
家 族 の 連 絡 先	氏名											続 柄	父母・子・配偶者・兄弟 祖父母・親類・同居者・その他																	
	住所	〒 ー 市 電話 ー ー											都道 府県 郡 市区 町 村																	
通 申 請 者 の 医 療 費 の 入 記	保 険 の 種 類	健保（本人・家族） 各種共済（本人・家族） 老保 労災 国保（一般・退職本人・退職家族） 国保組合（本人・家族・従業員） 船員（本人・家族） 生保（受給中・申請中：福祉事務所名） その他（ ） 保険未加入																												
	通院医療の医療機関	医療機関名										電話（ ）										所在地								
既 存 の 患 者 票	受給者番号											有効期限	平成		年		月 末 日													
既 存 の 手 帳	手帳番号											有効期限	平成		年		月 末 日													
申 請 書 を 提 出 し た 者	氏名											本人との関係	父母・子・配偶者・兄弟・祖父母 親類・同居者・医療機関職員・本人・その他																	
	住所	〒 ー 市 電話 ー ー											都道 府県 郡 市区 町 村																	

- （注）1 申請事項については、該当するものをすべて○で囲んでください。
2 通院医療費公費負担の申請時には通院医療費公費負担用診断書を添えてください。
3 精神障害者保健福祉手帳の新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行う場合は、次のいずれかの書類を添付してください。
（2）の書類を添付した場合は、社会保険事務所、共済組合等に対し、年金の障害等級を照会することがあります。）
(1) 医師の診断書
(2) 障害年金の年金証書又は年金裁定通知書及び直近の振込（支払）通知書の写し
4 通院医療費公費負担と精神障害者保健福祉手帳の同時申請時には通院医療費公費負担用診断書は必要としません。
5 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者が通院医療費公費負担を申請する場合は、当該手帳を持参してください。
6 申請者欄は、次の者が記入してください。
(1) 通院医療費の公費負担を申請できる者は、障害者又はその保護者
(2) 精神障害者保健福祉手帳を申請できる者は、障害者
7 欄は通院医療費の公費負担を申請する場合に記入してください。
8 ※の欄は記入しないでください。
9 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の改正により、平成14年4月1日から居住地の市町村が申請窓口となります。

通院医療費公費負担
精神障害者保健福祉手帳申請書

※保健所名	保健所									
※受理年月日	平成		年		月		日			
※交付予定年月日	平成		年		月		日			

埼玉県知事 土 屋 義 彦 様

平成 年 月 日

申請者 住 所

氏 名 印

障害者（患者）との続柄

次の事項について申請します。

- 1 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第32条に規定する通院医療費の公費負担の
（新規承認・継続承認・再申請・患者票追加交付・都道府県間の住所変更による患者票交付）
- 2 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に規定する精神障害者保健福祉手帳の
（新規交付・更新・再申請・障害等級変更・都道府県間の住所変更による手帳交付）

障 害 者 (患 者)	フリガナ																					性 男 別 女	生月 年 日	明治・大正・昭和・平成						
	氏名	(姓)										(名)												年	月	日				
	住所	〒 ー 市 電話 ー ー										埼玉県 郡 町 村																		
家 族 の 連 絡 先	氏名											続 柄	父 母 ・ 子 ・ 配 偶 者 ・ 兄 弟 祖 父 母 ・ 親 類 ・ 同 居 者 ・ そ の 他																	
	住所	〒 ー 市 区 町 村 電話 ー ー											都道 府県 郡 町 村																	
通 院 申 請 者 の 医 療 費 記 入	保 険 の 種 類	健保（本人・家族） 各種共済（本人・家族） 老保 労災 国保（一般・退職本人・退職家族） 国保組合（本人・家族・従業員） 船員（本人・家族） 生保（受給中・申請中：福祉事務所名） その他（ ） 保険未加入																												
	通院医療の医療機関	医療機関名										電話（ ）										所在地								
既 存 の 患 者 票	受給者番号											有効期限	平成		年		月 末 日													
既 存 の 手 帳	手帳番号											有効期限	平成		年		月 末 日													
申 請 書 を 提 出 し た 者	氏名											本人との関係	父 母 ・ 子 ・ 配 偶 者 ・ 兄 弟 ・ 祖 父 母 親 類 ・ 同 居 者 ・ 医 療 機 関 職 員 ・ 本 人 ・ そ の 他																	
	住所	〒 ー 市 区 町 村 電話 ー ー											都道 府県 郡 町 村																	

(注) 1 申請事項については、該当するものをすべて○で囲んでください。
2 通院医療費公費負担の申請時には通院医療費公費負担用診断書を添えてください。
3 精神障害者保健福祉手帳の新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行う場合は、次のいずれかの書類を添付してください。
（(2)の書類を添付した場合は、社会保険事務所、共済組合等に対し、年金の障害等級を照会することがあります。）
(1) 医師の診断書
(2) 障害年金の年金証書又は年金裁定通知書及び直近の振込（支払）通知書の写し
4 通院医療費公費負担と精神障害者保健福祉手帳の同時申請時には通院医療費公費負担用診断書は必要としません。
5 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者が通院医療費公費負担を申請する場合は、当該手帳を持参してください。
6 申請者欄は、次の者が記入してください。
(1)通院医療費の公費負担を申請できる者は、障害者又はその保護者
(2)精神障害者保健福祉手帳を申請できる者は、障害者
7 欄は通院医療費の公費負担を申請する場合に記入してください。
8 ※の欄は記入しないでください。
9 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の改正により、平成14年4月1日から居住地の市町村が申請窓口となります。

診 断 書（通院医療費公費負担用）

氏 名	明治・大正 年 月 日生（ 歳） 昭和・平成		男・女
住 所			
①精神疾患の病名			
②発病から現在までの 病歴、治療の経過及 び内容、就学・就労状 況等、社会復帰施設・ グループホーム・作 業所等の利用状況及 び期間その他参考と なる事項	（推定発病時期 年 月頃）		
③現在の状態像（治療を中止すれば出現する可能性のある症状も○で囲むこと。） I 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 刺激性・興奮 3 憂うつ気分 4 その他（ ） II そう状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・刺激性 4 その他（ ） III 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他（ ） IV 精神運動興奮及びこん迷の状態 1 興奮 2 こん迷 3 拒絶 4 その他（ ） V 意識障害 1 せん妄 2 錯乱 3 もうろう 4 てんかん発作 5 不機嫌症 6 その他（ ） VI 知能障害（精神遅滞・痴ほう） 1 重度 2 中度 3 軽度 VII 分裂病等残遺状態 1 自閉 2 感情鈍麻 3 意欲の減退 4 その他（ ） VIII 乱用、依存等（薬物名 ） 1 乱用 2 依存 3 離脱 IX その他（ ）		④左記の状態についてその程度・ 症状を具体的に記載すること。	
⑤身体所見（神経学的所見を含む。）		⑥臨床検査の結果（心理テスト（知能障害の場合には、知能指数、発達指数又は知能年齢）を含む。）	
⑦ 備 考			

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

病院又は診療所の名称

所 在 地

診療担当科名

電 話 番 号

医 師 氏 名

印

診 断 書（通院医療費公費負担用）

氏 名	明治・大正 年 月 日生（ 歳） 昭和・平成		男・女
住 所			
①精神疾患の病名			
②発病から現在までの 病歴、治療の経過及 び内容、就学・就労状 況等、社会復帰施設・ グループホーム・作 業所等の利用状況及 び期間その他参考と なる事項	（推定発病時期 年 月頃）		
③現在の状態像（治療を中止すれば出現する可能性のある症状も○で囲むこと。） Ⅰ 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 刺激性・興奮 3 憂うつ気分 4 その他（ ） Ⅱ そう状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・刺激性 4 その他（ ） Ⅲ 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他（ ） Ⅳ 精神運動興奮及びこん迷の状態 1 興奮 2 こん迷 3 拒絶 4 その他（ ） Ⅴ 意識障害 1 せん妄 2 錯乱 3 もうろう 4 てんかん発作 5 不機嫌症 6 その他（ ） Ⅵ 知能障害（精神遅滞・痴ほう） 1 重度 2 中度 3 軽度 Ⅶ 分裂病等残遺状態 1 自閉 2 感情鈍麻 3 意欲の減退 4 その他（ ） Ⅷ 乱用、依存等（薬物名 ） 1 乱用 2 依存 3 離脱 Ⅸ その他（ ）		④左記の状態についてその程度・ 症状を具体的に記載すること。	
⑤身体所見（神経学的所見を含む。）		⑥臨床検査の結果（心理テスト（知能障害の場合には、知能指数、発達指数 又は知能年齢）を含む。）	
⑦ 備 考			

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

病院又は診療所の名称

所 在 地

電 話 番 号

診療担当科名

医 師 氏 名

診 断 書（通院医療費公費負担用）

氏 名	明治・大正 年 月 日生（ 歳） 昭和・平成		男・女
住 所			
①精神疾患の病名			
②発病から現在までの 病歴、治療の経過及 び内容、就学・就労状 況等、社会復帰施設・ グループホーム・作 業所等の利用状況及 び期間その他参考と なる事項	（推定発病時期 年 月頃）		
③現在の状態像（治療を中止すれば出現する可能性のある症状も○で囲むこと。） I 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 刺激性・興奮 3 憂うつ気分 4 その他（ ） II そう状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・刺激性 4 その他（ ） III 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他（ ） IV 精神運動興奮及びこん迷の状態 1 興奮 2 こん迷 3 拒絶 4 その他（ ） V 意識障害 1 せん妄 2 錯乱 3 もうろう 4 てんかん発作 5 不機嫌症 6 その他（ ） VI 知能障害（精神遅滞・痴ほう） 1 重度 2 中度 3 軽度 VII 分裂病等残遺状態 1 自閉 2 感情鈍麻 3 意欲の減退 4 その他（ ） VIII 乱用、依存等（薬物名 ） 1 乱用 2 依存 3 離脱 IX その他（ ）		④左記の状態についてその程度・ 症状を具体的に記載すること。	
⑤身体所見（神経学的所見を含む。）		⑥臨床検査の結果（心理テスト（知能障害の場合には、知能指数、発達指数 又は知能年齢）を含む。）	
⑦ 備 考			

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

病院又は診療所の名称

所 在 地

診療担当科名

電 話 番 号

医 師 氏 名