

保健所長 あて

自立支援医療受給者証と精神障害者保健福祉手帳の期限合わせ申請書

1. 期限合わせ方法について

該当する方法をアからウの中から選択し、○を付けてください。
アからウのいずれにも該当しない場合は、期限合わせができません。

ア. 手帳の新規申請時の期限合わせ（診断書添付に限る）

条件：申請日の翌月以降も有効期間がある自立支援医療受給者証を所持していること。

申請日翌月以降の自立支援医療受給者証の有効期間を短縮し、同時に更新申請（手帳用診断書（写）を添付）することによって期限を合わせる。

イ. 手帳の更新申請時の期限合わせ

（診断書添付で有効期限3か月前から期限後1か月以内の申請に限る）

条件：手帳有効期限以降も有効期間がある自立支援医療受給者証を所持していること。

手帳有効期限以降の自立支援医療受給者証の有効期間を短縮し、同時に更新申請（手帳用診断書（写）を添付）することによって期限を合わせる。

ウ. 自立支援医療受給者証（精神通院医療）の新規・更新申請時の期限合わせ

条件：自立支援医療受給者証の有効期間開始予定日から起算して、有効期限の残が1年未満である手帳を所持していること。

精神障害者保健福祉手帳の有効期限に合わせて自立支援医療受給者証の承認期間を1年未満に短縮することによって期限を合わせる。

※今回は診断書必要の回であった場合は、次回は不要の回となりますが、あえて手帳用診断書（写）を添付して更新することにより、次々回以降は自立と手帳の更新申請に診断書が必要な回が一致します。

2. 精神障害者保健福祉手帳の有効期限について

手帳有効期限終了（予定）日	令和	年	月	日
---------------	----	---	---	---

上記のとおり、自立支援医療受給者証と精神障害者保健福祉手帳の同時申請を可能とするため、期限合わせを申請します。また、期限合わせのため自立支援医療受給者証の承認期間の短縮を承諾します。

令和 年 月 日

受給者氏名 _____

申請者氏名 _____

※受給者と同じである場合は同上と記入してください。

市町受付印
