

自立支援医療費（育成医療）

郵送での申請書請求及び郵送申請をご希望の方へ

手続の流れ

(1) 郵送料と申請書等請求書をお送りください。

郵送でのお手続きを希望される場合は、事前に申請書類をお送りするための郵送料をお送りいただいています。（現金はお取り扱いしません）

手紙又は申請書等請求書（次頁）に、住所・氏名・生年月日・平日昼間に連絡のつく電話番号・申請内容（新規・変更など）を記入し、切手を同封のうえ、下記までご請求ください。また、郵送先が申請される方と異なる場合は、郵送先の住所・氏名・連絡先もご記入ください。

届きしだい、申請書等を送らせていただきます。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 1件あたりの郵送料 94円分の切手 |
|---|

(2) 申請書類一式に必要事項をご記入の上、下記までお送りください。

ご注意ください

- ・ 郵便事故等の責任は負いかねます。
- ・ 郵送申請は、書類の郵送手続き等によりお時間がかかります。お急ぎの場合は、直接窓口でご申請ください。
- ・ 郵送申請の受付日は、申請書類一式が到着した日（受領した日）となります。なお、書類に不備や不足がある場合は、正しく修正された時点が受付日となります。
- ・ 不足書類がある場合や、ご連絡が取れない場合は、申請書類一式をお返しさせていただく場合がございますので、あらかじめご了承ください。

お問い合わせ・送付先窓口

住所： 〒120-0011
 東京都足立区中央本町一丁目5番3号
 足立保健所 中央本町地域・保健総合支援課 精神保健係
 電話： 03-3880-5357 F A X： 03-3880-6998

はじまりは  だち

申請書等請求書

令和 年 月 日

足立区長

自立支援医療費（育成医療）申請書等下記のとおり請求します。

記

| | | |
|-----------|------|-------|
| 申請者（ご本人）様 | 住 所 | |
| | 氏 名 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 |
| 保護者様 | 氏 名 | |
| | 電話番号 | |
| 申請内容 | | |
| その他 | | |

申請書等の送付先が、上記と異なる場合は記入してください。

| | |
|------|--|
| 住 所 | |
| 氏 名 | |
| 電話番号 | |