

精神障害者保健福祉手帳や自立支援医療(精神通院医療)の  
申請書や診断書等を送って欲しい方は以下の手順で請求してください

① メモに「送って欲しい書類の名前」「部数」「氏名」「住所」「日中に連絡の  
取れる電話番号」を書く

例

精神障害者保健福祉手帳用の申請書を1部送ってください。

〒123-4567 横浜市〇区〇〇1-2-3 横浜 太郎 電話 045-123-4567

- ・精神障害者保健福祉手帳用の申請書
- ・精神障害者保健福祉手帳用の診断書
- ・精神障害者保健福祉手帳用の同意書(年金事務所等照会用)
- ・精神障害者保健福祉手帳用の同意書(前市町村照会用)
- ・自立支援医療用の申請書
- ・自立支援医療用の診断書
- ・自立支援医療用の同意書(前市町村照会用) 等

② 94 円切手を用意する(令和6年 10 月1日以降は 110 円)  
(書類を送るための切手です。複数人分の書類を請求する場合は 94 円  
(110 円)×人数分の切手をご用意ください。)

③ ①と②を封筒に入れて切手を貼って事務処理センターに送る

送り先(☞切り取って封筒に貼っていただくこともできます)

〒231-0005

横浜市中区本町6丁目 50 番地の 10

横浜市 健康福祉局 精神通院医療・手帳事務処理センター 宛

問い合わせ

横浜市 健康福祉局 精神通院医療・手帳事務処理センター  
電話 045-671-3623(平日9時~17時)