

令和7年 11 月 21 日

指定自立支援医療機関（精神通院医療） 御中

横浜市健康福祉局こころの健康相談センター

精神障害者保健福祉手帳の郵送交付の開始及び自立支援医療
（精神通院医療）の自己負担上限額管理票の変更のお知らせ

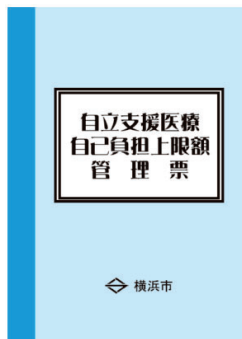
時下 ますます御清栄のこととお喜び申し上げます。

日頃から、精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療（精神通院医療）制度に御協力いただき厚くお礼申し上げます。

横浜市では令和7年12月から精神障害者保健福祉手帳を区役所窓口だけではなく郵送でもお受け取りいただけるようになります。案内チラシを同封いたしましたのでご覧いただけますと幸いです。

また、自立支援医療（精神通院医療）の自己負担上限額管理票について、ノートタイプから紙を折り畳んだタイプに変更いたします。（在庫がなくなり次第）

旧（ノートタイプ）



新（B4 を折り畳んだタイプ/空色）

なお、横浜市では精神障害者保健福祉手帳及び自立支援医療（精神通院医療）の専用の事務処理センターを設置しております。今回の件及び日頃からの制度の問い合わせ等は区役所窓口ではなく事務処理センターをご案内いただけますと幸いです。（区役所の負担軽減のためご協力をよろしくお願いいたします。）

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 ※直接来庁しての窓口はございません）

制度について、持ち物の確認、申請の進捗状況の確認等は事務処理センターをご案内ください

横浜市健康福祉局こころの健康相談センター

吉田・藤原・木村 電話：045-671-2415

精神障害者保健福祉手帳を 郵送でも受け取ることが できるようになりました



「申請方法が郵送」の場合にご利用できます(令和7年12月1日～)

横浜市では手帳の交付はお住いの区役所の窓口のみで行っていましたが、平日区役所への来所が難しい方向けに、郵送による交付も可能となりました。なお、郵送申請でも窓口交付は引き続き可能です。

◇郵送交付の場合、新たに手帳を発行しますので顔写真は必須となります。

◇交付時に制度のご案内を同封いたします。手帳に紐づくサービスについては別途区役所等での手続きが必要となる場合があります。

◇レターパックはご自身でご用意ください。

◇いかなる場合でもお預かりしたレターパックの返却は行いません。

◇不在等により郵便局の受取期間が過ぎてしまった場合は、事務処理センターに返戻されるため、再度レターパックをご提出ください。



郵送交付できる申請の種類

新規 / 更新(再承認) / 等級変更
再交付 / 市外転入
記載事項変更 / 様式変更

手帳のお届け先

○住民票の住所、または
送付先を設定されている住所

郵送交付に必要な提出物

○レターパックプラス(対面受取)
または
レターパックライト(郵便受け投函)
※レターパック以外は不可。



○顔写真(縦4cm×横3cm)1枚

※上記2点以外の申請書類については
下記ホームページをご確認ください。

<問い合わせ先・郵送申請送付先>

住所:〒231-0005 横浜市中区本町6-50-10

宛先:横浜市健康福祉局精神通院医療・手帳事務処理センター

TEL:045-671-3623 (平日9時 ~17時)

※直接来庁しての窓口はありません。



自立支援医療
自己負担上限額管理票
(精神通院医療)

横浜市の自己負担上限額管理票はノートタイプから
こちらのタイプに変更になりました。

★この管理票は毎回必ず受給者証と一緒に医療
機関・薬局に提示して記入してもらってくださ
い。

★記入欄が足りなくなった場合や紛失した場合
は、新しいものをお送りしますので、横浜市健
康福祉局精神通院医療・手帳事務処理センター
に電話してください。

電話：045-671-3623（平日9時～17時）

受給者番号

氏名

自立支援医療自己負担上限額管理票（精神通院医療）

年 月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額
※受給者証に記載あり

円

日付	医療機関名・薬局名	自己負担額	自己負担額 累計額

上記の通り月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名・薬局名

自立支援医療自己負担上限額管理票（精神通院医療）

年 月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額
※受給者証に記載あり

円

日付	医療機関名・薬局名	自己負担額	自己負担額 累計額

上記の通り月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名・薬局名

自立支援医療自己負担上限額管理票（精神通院医療）

年 月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額
※受給者証に記載あり

円

日付	医療機関名・薬局名	自己負担額	自己負担額 累計額

上記の通り月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名・薬局名

医療機関等のみなさまへ

■この管理票は自立支援医療（精神通院医療）の利
用者の自己負担上限額を管理するためのものです。
ご協力をお願いいたします。

■会計の際は、当該月の自己負担上限額に達するま
では医療費の1割が自己負担となります。

■自己負担額を徴収した場合は、日付、医療機関
名、自己負担額、月額自己負担額累計額を記入してく
ださい。自己負担の累計額（月額）が自己負担上限
額に達した場合は、下欄に医療機関名を記入してくだ
さい。

■当該月の自己負担上限額を超過している場合は、利
用者の自己負担はありません。

■他の公費負担（小児医療費助成や重度障害者医療
等）を利用した場合も記入してください。その際の自
己負担額は、実際の窓口支払額ではなく、公費負担
の併用前の金額を記入してください。

■詳しくは横浜市ホームページ
でご確認ください。（補助票掲載あり）

横浜市こころの健康相談センター 045-671-2415



自立支援医療自己負担上限額管理票（精神通院医療）

年 月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額
※受給者証に記載あり

円

日付	医療機関名・薬局名	自己負担額	自己負担額 累計額

上記の通り月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名・薬局名

自立支援医療自己負担上限額管理票（精神通院医療）

年 月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額
※受給者証に記載あり

円

日付	医療機関名・薬局名	自己負担額	自己負担額 累計額

上記の通り月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名・薬局名

自立支援医療自己負担上限額管理票（精神通院医療）

年 月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額
※受給者証に記載あり

円

日付	医療機関名・薬局名	自己負担額	自己負担額 累計額

上記の通り月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名・薬局名

年 月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 ※受給者証に記載あり	円
-------------------------	---

日付	医療機関名・薬局名	自己負担額	自己負担額 累計額

上記の通り月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名・薬局名

年 月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 ※受給者証に記載あり	円
-------------------------	---

日付	医療機関名・薬局名	自己負担額	自己負担額 累計額

上記の通り月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名・薬局名

年 月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 ※受給者証に記載あり	円
-------------------------	---

日付	医療機関名・薬局名	自己負担額	自己負担額 累計額

上記の通り月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名・薬局名

年 月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 ※受給者証に記載あり	円
-------------------------	---

日付	医療機関名・薬局名	自己負担額	自己負担額 累計額

上記の通り月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名・薬局名

年 月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 ※受給者証に記載あり	円
-------------------------	---

日付	医療機関名・薬局名	自己負担額	自己負担額 累計額

上記の通り月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名・薬局名

年 月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 ※受給者証に記載あり	円
-------------------------	---

日付	医療機関名・薬局名	自己負担額	自己負担額 累計額

上記の通り月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名・薬局名

年 月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 ※受給者証に記載あり	円
-------------------------	---

日付	医療機関名・薬局名	自己負担額	自己負担額 累計額

上記の通り月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名・薬局名

年 月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 ※受給者証に記載あり	円
-------------------------	---

日付	医療機関名・薬局名	自己負担額	自己負担額 累計額

上記の通り月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名・薬局名