

自立支援医療受給者証変更届
 自立支援医療受給者証再交付申請書
 精神障害者保健福祉手帳記載事項変更届・再発行申請書

申請年月日 年 月 日

北海道知事 様
 (市町村経由)

届(申請書)を提出した者

住所

氏名

届出(申請)者との続柄 夫・妻・父・母・その他 ()

| | |
|------------------------------|---|
| 申請内容 | 自立支援医療 1 変更届 2 他都府県又は札幌市からの住所変更(要18号様式) 3 再交付申請 |
| | 障害者手帳 1 変更届 2 他都府県又は札幌市からの住所変更(要18号様式) 3 再発行申請 |
| 自立支援医療の受給者番号 | 障害者手帳の手帳番号 |
| 受給者証の有効期間 年 月 日から 年 月 日まで | 障害者手帳の有効期間 年 月 日から 年 月 日まで |
| 届出(申請)者 | (フリガナ) 氏名 ④ 生年月日 年 月 日生 |
| | 個人番号 |

1 次の事項を変更したい(変更した)ので 受給者証・精神障害者保健福祉手帳 を添えて届け出ます。

変更年月日 年 月 日

| | | | |
|--------------------|-----|-----|---|
| 氏名 | 変更前 | 変更後 | (フリガナ) (姓) (名) |
| 住所 | 変更前 | 変更後 | 電話番号 () - |
| (自立支援医療の変更の場合のみ記入) | | | |
| 家族の氏名 | 変更前 | 変更後 | 続柄 1夫 2妻 3父 4母 5その他 () |
| 家族の住所 | 変更前 | 変更後 | 電話番号 () - |
| 保険の種類 | 変更前 | 変更後 | 10 被用者保険(本人) 20 被用者保険(家族) 30 国保一般 40 国保退職(本人) 50 国保退職(家族) 67 後期高齢 70 生活保護() 福祉事務所 90 その他(自費) |
| 記号番号・保険者名 | 変更前 | 変更後 | |
| 保険の同一加入者 | 変更前 | 変更後 | |
| 所得の状況 | 変更前 | 変更後 | |

2 受給者証の再交付・障害者手帳の再発行 を申請します。

申請理由 1 破いた 2 汚した 3 失った 4 その他

注意事項

- この届(申請書)は、届け出(申請)される方のお住まいの市町村に提出してください。
- 「届(申請書)を提出した者」の欄は、届出(申請)者本人が提出する場合は、記入は不要です。
- 「届(申請書)を提出した者」及び「届出(申請)者」の氏名欄に署名した場合は、押印を省略できます。
- 「届出(申請)者との続柄」、「申請内容」、「性別」、「続柄」及び「申請理由」の欄並びに 内は、該当するものを○で囲んでください。
- 「保険の種類」の欄は、該当番号を に記入してください。
また、申請者が生活保護と他の保険を併用する場合は、10の位にその保険の種類10の位の数字を記入し、1の位に「7」と記入してください。
(例：被用者保険(本人)と生活保護を併用する場合は、17と記入する。)
- 自立支援医療の受給者証の再交付の申請の場合は、受給者証を添付してください(受給者証を失った場合を除く。)
- 障害者手帳の再発行の申請の場合、写真を添付してください。
- 障害者手帳の記載事項の変更の届出をする場合で、他都府県又は札幌市からの住所変更をしたときは、この届出のほかに、障害者手帳申請書(共通-1)を提出してください。
- ※欄は、市町村及び保健所で記入しますので、記入しないでください。

※市町村収受印

※保健所収受印

※整理番号

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|