

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・再発行申請書北海道知事様
(市町村経由)

申請年月日 24 年 7 月 / 日

届(申請書)を提出した者

住所 滝川市大町1丁目2-15

氏名 滝川太郎

届出(申請)者との続柄 夫・妻(○)・母・その他()

申請内容	自立支援医療 ① 変更届 2 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 3 再発行申請								
自立支援医療の受給者番号	0 1 2 3 4 5 6	障害者手帳の手帳番号							
受給者証の有効期間	22 年 8 月 1 日から 24 年 7 月 31 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) タキカワ ジロウ	性別	生年	5 4 5 年 1 月 / 日生					
	氏名 滝川 次郎	(男)・女	月日						

1 次の事項を変更したい(変更した)ので 受給者証・障害者手帳 を添えて届け出ます。

変更年月日 24 年 7 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	(フリガナ)	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	1 0 被用者保険(本人) 2 0 被用者保険(家族) 3 0 国保一般 4 0 国保退職(本人) 5 0 国保退職(家族) 6 ー 老人保健 7 0 生活保護(福祉事務所) 9 0 その他(自費・	
記号番号	変更前	変更後	滝川 01225	
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」、「性別」、「続柄」及び「申請理由」の欄()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。
なお、申請者が老人保健法第25条第1項の規定による医療を受けることができる者である場合は、10の位に「6」を記入し、1の位にその保険の種類10の位の数字を記入してください。
(例：被用者保険(家族)で、老人保健法による医療を受けることができる場合は、6 2 と記入する。)
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、1 7 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

--	--	--	--	--	--