

道内(札幌を除く)住所変更記載例

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

北海道知事様
(市町村経由)

申請年月日 年 月 日

← 記入日としてください。

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()

← 受診者本人以外が申請する場合に記入してください。

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 〇
受給者証の有効期間 〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで
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) サアサヒカワ タロウ
氏名 旭川 太郎 生年月日 H〇〇年 〇月 〇日生
個人番号

← 「1 変更届」に〇印を記入してください。

← 受給者証を確認して記入してください。

← 受診者本人の情報について記入してください。

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 〇年 〇月 〇日

← 変更が生じた日記入してください。

氏名 変更前 (フリガナ) (姓) (名)
住所 変更前 旭川市〇〇条〇丁目〇番〇号 〇〇マンション 〇〇〇号室
変更後 旭川市△条△丁目△番△号
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 (フリガナ) 続柄 1 夫 2 妻 3 父
変更後 4 母 5 その他()
家族の住所 変更前 電話番号()
変更後
保険の種類 変更前 10 被用者保険(本人) 20 被用者保険(家族)
40 国保退職(本人) 50 国保退職(家族)
70 生活保護(福祉事務所) 90 その他
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

← 旧住所と新しい住所をそれぞれを記入してください。

※注意※
引っ越しに伴い病院や薬局が変更となる場合は、別途医療機関変更の手続きが必要になります。

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
1 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。
2 「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。
3 「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。
4 「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、該当するものを〇で囲んでください。
5 「保険の種類」の欄は、該当番号を 〇〇 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。)
6 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。)
7 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。
8 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。
9 ※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。

※市町村收受印 ※保健所收受印
※整理番号
3 8