

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

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 障害者手帳の有効期間
届出(申請)者 (フリガナ) 氏名 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 (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 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

- 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○で囲んでください。
- 5 「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の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

[] [] [] [] [] [] [] [] [] []