

自立支援医療(精神通院)記載事項変更届・再交付申請書

受 診 者	フリガナ											年齢	歳	生年月日			
	受診者氏名													年	月	日	
	居住地・電話番号	〒										電話番号()			—		
	既存の受給者番号 (現在お持ちの証)											既存の受給者番号の有効期限 (現在お持ちの証)	元号		年	月	日
個人番号																	
保護者(受診者が18歳未満の場合記入)	フリガナ											続柄					
	氏名																
	居住地・電話番号	〒										電話番号()			—		
	個人番号																

1 次の事項を変更したので、届け出ます。

変更年月日	元号		年		月		日
-------	----	--	---	--	---	--	---

変 更 内 容	変 更 前		変 更 後	
	氏名		カナ (姓)	
住所		札幌市 区		
電話番号				
保護者氏名		カナ (姓)	(名)	受診者との関係
保護者住所		都 道 府 県 市 町 村 (区)		

2 受給者証の再交付を申請します(失った場合以外は、受給者証を添付してください。)

理由	1 破損 2 汚損 3 紛失	(3の場合は、事情を詳しく書いてください。)
----	----------------------	------------------------

(あて先)札幌市 区保健福祉部長 上記のとおり申請します。 申請者氏名 _____ 届出者氏名 _____ (続柄) ※1	<区記入欄>					受付印
	地区					
	NO					
	備考					

- ※1 申請者と同一の場合は記入不要です。
- ※2 変更の場合、受診者欄及び変更のある欄の全てを記入してください。
- ※3 居住地は、実際にお住まいの住所を記入してください。
- ※4 自己負担上限額(所得区分及び重度かつ継続該当・非該当)や指定自立支援医療機関の変更等、支給認定に係る変更については、自立支援医療費支給認定申請書(変更)に記載してください。