

市町受付年月日

自立支援医療（精神通院医療）変更届出書

受 診 者	フリガナ 氏名			生	年	月	日	
					年	月	日	
	住 所							
	個 人 番 号							
保 護 者 (受診者が18歳未満の場合 に記載してください。)	フリガナ 氏 名						続 柄	
	住 所							
	個人番号							
自立支援医療費 受給者番号								
自立支援医療受給者証の 有効期間		年	月	日	から	年	月	日まで
変 更 内 容	事 項	変 更 前			変 更 後			
	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)							
	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)							
	被保険者証に関する 事項(記号及び番 号・保険者名・受診 者と同じの加入者)							
	そ の 他							
変 更 年 月 日		年 月 日						
備 考								
<p>障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第32条第1項の規定により、上記のとおり届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>香川県知事 殿 届出者 氏 名</p>								

職 権	窓口に来た人	<input type="checkbox"/> 障がい福祉課窓口 <input type="checkbox"/> ( ) 総合センター・支所 <input type="checkbox"/> 郵送	
	<input type="checkbox"/> 対象者本人	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 通知カード/住民票 <input type="checkbox"/> 身分証明書(写真付) / 公的証明書2点
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 代理人 (保護者含む)	<input type="checkbox"/> 対象者本人の個人番号カード/通知カード/住民票(写しで可) <input type="checkbox"/> 委任状/戸籍謄本/登記事項証明書/その他 <input type="checkbox"/> 代理人の身分証明(写真付) / 公的証明書2点	
	上記以外の番号確認	<input type="checkbox"/> 申請書記載済	<input type="checkbox"/> 個人番号カード/通知カード/住民票