

氏名・住所変更・被保険者証変更

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	たかまつはなこ				生 年 月 日							
		高松 花子				〇〇年〇〇月〇〇日							
	住所	高松市番町〇丁目〇番〇号											
	個人番号	〇	〇	〇	〇	×	×	×	×	△	△	△	△

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 **〇〇〇〇〇〇〇**

自立支援医療受給者証の有効期間 **〇〇年 〇〇月〇〇日 から 〇〇年〇〇月〇〇日まで**

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)	高松市□町□番地□ 香川 花子	高松市番町〇丁目〇番〇号 高松 花子
	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・受診者と同一の加入者)	〇〇〇〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇 全国健康保険協会 〇〇支部	香川1 〇〇〇〇〇〇〇 〇〇 高松市
その他	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> ★保険変更の場合は、第4号様式の申請書及び承諾書も必要です。 </div>		

変更する項目のみ記入

変更年月日 **〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日**

備考 届出に来た日

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。

年 月 日

届出者 氏名 **高松 花子**

香川県知事 殿

受診者氏名
18歳未満の場合は保護者の氏名

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"/> 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	