

市町受付年月日	
---------	--

自立支援医療費 (精神通院医療) 支給認定変更申請書
(指定自立支援医療機関)

○年 ○月 ○○日

香川県知事 殿

申請者 氏 名 **高松 花子**

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第56条第1項の規定により、次のとおり指定自立支援医療機関の変更を申請します。

受診者氏名
18歳未満の場合は保護者の氏名

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
-----------------	-----------------------

受診者	氏名	高松 花子	生年月日	○○年○○月○○日
	住所	高松市番町○丁目○番○号	電話番号	000-0000-0000
	個人番号			

保護者 (受診者が18歳未満の場合に記してください。)	氏名		続柄	
	住所		電話番号	
	個人番号			

変更内容	区分	名称	所在地・電話番号	
			病院	(変更前) ○○病院
		(変更後) ○○クリニック	高松市○町○○	000-0000
指定自立支援医療機関	薬局	(変更前) △△薬局	高松市○町○○	000-0000
		(変更後) △△調剤薬局	高松市○町○○	000-0000
訪問看護	訪問看護	(変更前) 訪問看護□□	高松市○町○○	000-0000
		(変更後) なし		
ケア	ケア	(変更前) なし		
		(変更後) ○○病院	高松市○町○○	000-0000

変更年月日	○年 ○月 ○○日
-------	-----------

注 「区分」の欄は、病院、診療所、指定訪問看護事業者、指定居宅サービス事業者、指定介護予防サービス事業者又は薬局のいずれかを言

変更年月日は、さかのぼりできない申請日以降の日となる

職権	<input type="checkbox"/> 窓口に来た人	<input type="checkbox"/> 障がい福祉課窓口	<input type="checkbox"/> ()	書2点
	<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	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 対象者本人の個人番号カード/通知カード		書2点
	(保護者含む)	<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		
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	