

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

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。

自 立 支 援 医 療 費 号 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		生年月日	年 月 日
	住 所		電 話 番 号	
	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	指 定 自 立 支 援 医 療 機 関	区 分	名 称	所 在 地 ・ 電 話 番 号
			(変更前)	
	(変更後)			
	(変更前)			
	(変更後)			
	(変更前)			
	(変更後)			
	(変更前)			
	(変更後)			

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記入してください。

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"/> （ ）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	<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"/> （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2点		
	<input type="checkbox"/> 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	