

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）

〇年 〇月 〇〇日

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	〇〇〇〇〇〇〇
--------------	---------

自立支援医療受給者証の有効期間	〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで
-----------------	-----------------------

受診者	氏名	<b>高松 花子</b>	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
	住所	高松市番町〇丁目〇番〇号	電話番号	<b>000-0000-0000</b>
	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) 〇〇病院
		(変更後) 〇〇クリニック	高松市〇町〇〇	<b>000-0000</b>
指定自立支援医療機関	薬局	(変更前) △△薬局	高松市〇町〇〇	<b>000-0000</b>
		(変更後) △△調剤薬局	高松市〇町〇〇	<b>000-0000</b>
訪問看護	訪問看護	(変更前) 訪問看護□□	高松市〇町〇〇	<b>000-0000</b>
		(変更後) なし		
ケア	ケア	(変更前) なし		
		(変更後) 〇〇病院	高松市〇町〇〇	<b>000-0000</b>

変更年月日	〇年 〇月 〇〇日
-------	-----------

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
	<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		
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	