

自立支援医療受給者証変更届
 自立支援医療受給者証再交付申請書
 精神障害者保健福祉手帳記載事項変更届・再発行申請

申請年月日	年 月 日
-------	-------

北海道知事 様
 (市町村経由)

届(申請書)を提出した者

住 所

氏 名

届出(申請)者との続柄 夫・妻・父・母・その他()

申請内容	自立支援医療	1 変更届	2 他都府県又は札幌市からの住所変更(要18号様式)	3 再交付申請
	障害者手帳	1 変更届	2 他都府県又は札幌市からの住所変更(要18号様式)	3 再発行申請
自立支援医療の受給者番号				障害者手帳の手帳番号
受給者証の有効期間		障害者手帳の有効期間		
年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日から 年 月 日まで		
届出(申請)者	(フリガナ)			生年月日
	氏 名			年 月 日生
	個人番号			

1 次の事項を変更したい(変更した)ので

受給者証	精神障害者保健福祉手帳
------	-------------

を添えて届け出ます。

変更年月日	年 月 日
-------	-------

氏名	変更前	変更後	(フリガナ) (姓)	(名)
住所	変更前	変更後	電話番号() -	
(自立支援医療の変更の場合のみ記入)				
家族の氏名	変更前	変更後	(フリガナ)	続柄 1 夫 2 妻 3 父 4 母 5 その他()
家族の住所	変更前	変更後	電話番号() -	
保険の種類	変更前	変更後	10 被用者保険(本人) 20 被用者保険(家族) 30 国保一般 40 国保退職(本人) 50 国保退職(家族) 67 後期高齢 70 生活保護(福祉事務所) 90 その他(自費・)	
記号番号・保険者名	変更前	変更後	変更後	
保険の同一加入者	変更前	変更後	変更後	
所得の状況	変更前	変更後	変更後	

2 受給者証の再交付 ・ 障害者手帳の再発行 を申請します。

申請理由	1 破いた	2 汚した	3 失った	4 その他
------	-------	-------	-------	-------

注意事項

- この届(申請書)は、届け出(申請)される方のお住まいの市町村に提出してください。
- 「届(申請書)を提出した者」の欄は、届出(申請)者本人が提出する場合は、記入は不要です。
- 「届出(申請)者との続柄」、「申請内容」、「続柄」及び「申請理由」の欄並びに [] 内は、該当するものを○で囲んでください。
- 「保険の種類」の欄は、該当番号を [] に記入してください。
 また、申請者が生活保護と他の保険を併用する場合は、10の位にその保険の種類の10の位の数字を記入し、1の位に「7」と記入してください。
 (例:被用者保険(本人)と生活保護を併用する場合は、 [17] と記入する。)
- 自立支援医療の受給者証の再交付の申請の場合は、受給者証を添付してください(受給者証を失った場合を除く。)
- 障害者手帳の再発行の申請の場合、写真を添付してください。
- 障害者手帳の記載事項の変更の届出をする場合で、他都府県又は札幌市からの住所変更をしたときは、この届出のほかに、障害者手帳申請書(共通-1)を提出してください。
- ※欄は、市町村及び保健所で記入しますので、記入しないでください。

※市町村取受印	※保健所取受印
※整理番号	
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	