

市町村名		市町村コード		整理番号						市町村受理年月日	令和	年	月	日
------	--	--------	--	------	--	--	--	--	--	----------	----	---	---	---

自立支援医療費（精神通院）支給認定変更等申請(届出)書

神奈川県知事 殿

私は、次のとおり自立支援医療費の支給認定にかかる変更申請（届出）をします。

(受診者本人又は受診者が18歳未満の場合は保護者の氏名)

市町村
受理印

申請（届出）者氏名

↓ あてはまるものすべてに○

↓ あてはまるものすべてに○

申請・届出事由	1	負担額変更申請	5	保険証に関する変更届
	2	医療機関変更申請	6	再交付（汚れ・破れ・紛失・その他）
	3	受診者に関する変更届（氏名・住所）	7	資格喪失（死亡・返却・その他）
	4	保護者に関する変更届（氏名・住所）		

3,4,6,7の届出の方は、該当する（ ）内の項目に○を付してください。

申 請 年 月 日	令和	年	月	日	自立支援医療費受給者番号
受診者	個人番号				
	フリガナ				既存の受給者証の有効期限平成 年 月 末日 生 年 月 日
	氏 名	(氏)	(名)		明・大・昭・平・令 治・正・和・成・和 年 月 日
	住 所	(〒 -)	電話番号 ()	-	
受診者が18歳未満の場合	個人番号				
	フリガナ				受診者との続柄
	保護者の氏名	(氏)	(名)		父 母 祖父 祖母 兄 姉 その他()
	保護者の住所	(〒 -)	電話番号 ()	-	

※受診者と住所が異なる場合に記入。

変 更 内 容	変更内容	変 更 前	変 更 後
	受診者に関する事項 (氏名、住所)		
	保護者に関する事項 (氏名、住所)		
	被保険者証に関する事項 (受診者の保険証)	1被(本) 2被(家) 3国保 4生保 5その他 記号 保険者名 番号 保険者番号	1被(本) 2被(家) 3国保 4生保 5その他 記号 保険者名 番号 保険者番号
	負担額に関する事項	生保 非課税1 非課税2 中間1 中間2 一定以上 重度かつ継続 該当 非該当	生保 非課税1 非課税2 中間1 中間2 一定以上 重度かつ継続 該当 非該当
	医療機関(薬局を含む) に関する事項 ※次の診療の種類の略 称を()で医療機関名 の後に付記して下さい。 一般診療(医) 検 査(検) デイケア(デ) 訪問看護(訪) そ の 他(他)		

※この欄は、市町村で記入してください。

個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書
標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他()

所得区分

重継該当

承認欄