

第 5 号様式（第 3 条関係）

自立支援医療費受給者証
記載事項変更届
（精神通院医療）

※市町村名

※受理年月日

奈良県精神保健福祉センター所長 殿

年 月 日

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 5 6 条第 1 項の規定により、自立支援医療受給者証（精神通院医療）の記載事項〔氏名 ・ 住所 ・ 保険の種別〕の変更について届け出ます。

受診者	フリガナ 氏 名									生年 月 日	年 月 日		
	住 所	〒 ー 奈良県											
	個人番号												
保護者 (受診者が18歳未満の場合に記入してください。)	フリガナ 氏 名									受診者 との 続 柄			
	住 所	〒 ー 奈良県											
	個人番号												
		変 更 前						変 更 後					
変 更 内 容	フリガナ 受 診 者 氏 名 (性 別)							上 記 と 同 じ					
	受 診 者 住 所 (電 話 番 号)							上 記 と 同 じ					
	フリガナ 保 護 者 氏 名							上 記 と 同 じ					
	保 護 者 住 所 (電 話 番 号)							上 記 と 同 じ					
	保 険 の 種 別												
添 付 書 類 等 (○ 印)	1 自立支援医療受給者証（精神通院医療）の原本 2 被保険者情報が確認できる書類等の写し 3 その他 ()						自立支援医療受給者証（精神通院医療）等を添付できない理由 例：紛失、継続申請中、変更届出中 等 ()						
◆希望始期を記入してください。ただし、遡及は市町村受理日以前 1 か月以内の日（記載がない場合は、市町村受理日を始期とします。）								年 月 日			精神保健福祉センター記入欄 年 月 日		

- (注) 1 変更内容のうち、保険の種別の欄は、変更前後についてそれぞれ記載してください。
2 受給者証の原本を添付してください。添付できない場合は、その理由を記載してください。
3 受診者が 1 8 歳未満の場合は、保護者欄も記載してください。
4 都道府県間の住所変更をしたときは、この様式による変更届でなく、新規の申請をしてください。
5 太線枠内及び※の欄は、届出者は記載しないでください。(※の欄は、市町村が記入してください。)

※市町村記入欄

※本人を確認し、チェックのうえ、該当番号を○で囲むこと。

☐ 本人の個人番号の確認	1 個人番号カード 2 個人番号通知カード 3 その他 ()
☐ 本人又は代理人の身元 (実存)の確認	1 個人番号カード 2 障害者手帳 3 運転免許証 4 その他 ()
☐ 代理人の申請の場合に あっては、代理権の確認	1 戸籍謄本（法定代理人の場合） 2 委任状（任意代理人の場合） 3 その他 ()