

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			
保険の同一加入者	変更前	変更後			
所得の状況	変更前	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
1 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。
2 「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。
3 「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。
4 「保険の種類」の欄は、該当番号を に入記してください。
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。)
5 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。)
6 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。
7 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(共通一1)を提出してください。
8 ※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。

※市町村収受印	※保健所収受印
※整理番号	