

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（ ）