

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56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	〒 奈良県 電話番号 ()		
	個人番号			
保護者 <small>（受診者が18歳未満の場合に記入してください。）</small>	フリガナ 氏名		受診者と続柄	
	住所	〒 奈良県 電話番号 ()		
	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 医療保険者証等の写し 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18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。

<input type="checkbox"/> 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 ()
<input type="checkbox"/> 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 ()
<input type="checkbox"/> 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 ()