

市町村名	大和市	市町村コード	1	2	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

市町村受理印

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)

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

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		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) (〒 一)	(名)	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
住所	電話番号 ()	-	
受診者が18歳未満の場合	個人番号		受診者との続柄
	フリガナ		
	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)		
	加入医療保険に関する事項 (受診者の加入医療保険)	1被(本) 2被(家) 3国保 4生保 5その他 記号 番号	1被(本) 2被(家) 3国保 4生保 5その他 記号 番号
	負担額に関する事項	①生保 ②非課税1 ③非課税2 ④中間1 ⑤中間2 ⑥一定以上 重度かつ継続	①生保 ②非課税1 ③非課税2 ④中間1 ⑤中間2 ⑥一定以上 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。	所得区分	重複該当	承認欄
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 ()			

市町村名	大和市	市町村コード	1	2	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

市町村受理印

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)

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

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		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) (〒 一)	(名)	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
住所	電話番号 ()	-	
受診者が18歳未満の場合	個人番号		受診者との続柄
	フリガナ		
	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)					
	加入医療保険に関する事項 (受診者の加入医療保険)	1被(本) 2被(家) 3国保 4生保 5その他	記号 保険者名		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		番号	保険者番号
	負担額に関する事項	①生保 ②非課税1 ③非課税2 ④中間1 ⑤中間2 ⑥一定以上				①生保 ②非課税1 ③非課税2 ④中間1 ⑤中間2 ⑥一定以上
		重度かつ継続	該当	非該当	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) その他の					

※この欄は、市町村で記入してください。	所得区分	重繼該當	承認欄
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 ()			

市町村名	大和市	市町村コード	1	2	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

市町村受理印

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)

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

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	年月日	自立支援医療費受給者番号
個人番号		
フリガナ		既存の受給者証の有効期限 平成年月日
受診者 氏名	(氏)	明治大正昭和年月日
住 所	(〒一)	電話番号() -
個人番号		受診者との続柄
受診者が18歳未満の場合 保護者の氏名	(氏)	父 母 祖父 祖母 兄 姉 その他()
保護者の住所	(〒一)	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)						
加入医療保険に関する事項 (受診者の加入医療保険)	1被(本) 記号 番号	2被(家) 保険者名 保険者番号	3国保 4生保 5その他	1被(本) 記号 番号	2被(家) 保険者名 保険者番号	3国保 4生保 5その他
負担額に関する事項	①生保 重度かつ継続	②非課税1 ③非課税2 ④中間1 ⑤中間2 ⑥一定以上	①生保 該当	②非課税1 ③非課税2 ④中間1 ⑤中間2 ⑥一定以上	②非課税1 非該当	③非課税2 ④中間1 ⑤中間2 ⑥一定以上
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) その他の						

※この欄は、市町村で記入してください。	所得区分	重複該当	承認欄
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()			

見本

市町村コード	整理番号	市町村受理年月日
--------	------	----------

目立支援医療費（精神通院）支給認定変更等申請(届出)書

神奈川県知事

申請者氏名は受診者氏名と同一。

私は、次のとおり

申請（届出）をします。

が18歳未満の場合は保護者の氏名。記名押印又は自署

市町村
受理印

申請（届出）者氏名

大和 太郎

↓ 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 加入医療保険に関する変更届
	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 4 年 7 月 1 日	自立支援医療費受給者番号
個人番号	2 1 1 2 3 4 5	
フリガナ	ヤマト タロウ	既存の受給者証の有効期限
受診者 氏名	大和 太郎	令和 4 年 9 月末日
(氏)	(名)	生年月日
住 所	〒 242 - 0004	昭和 60 年 5 月 20 日
	電話番号 (046) 260 - 5667	
個人番号		

受診者 が18歳 未満の 場 合	個人番号	受診者が18歳未満の場合のみ記入 (申請者と同一)	者との続柄
	フリガナ		兄 姉 その他()
	保護者の氏名 (氏)		-
	保護者の住所 (〒)		

変更内容	変更前		変更後	
	変更する事項のみ記入 (変更前後の情報を記入)			
	※受給者証原本の訂正が必要なため、受給者証の原本を必ず添付してください。（保険証変更の場合は保険証の情報が分かるものの写しも必要です。）			
	変更事項によっては、同意書などが必要な場合があります。			

変更内容	生保 非課税1 非課税2 中間1 中間2 定以上		生保 非課税1 非課税2 中間1 中間2 定以上		
	重度かつ継続	該当	非該当	重度かつ継続	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) その他の	大和病院(医) 大和市深見西3-2-37 さくら薬局大和深見西店 大和市深見西3-1-23		大和市立病院(医) 大和市深見西8-3-6 はたの林間クリニック(デ) 大和市中央林間3-2-3 薬樹薬局大和 大和市深見西8-2-12		

※この欄は、市町村で記入してください。	所得区分	重複該当	承認欄
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()			