

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

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		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									
	氏名	(氏) (名)										生年月日 明・大・昭・平・令 治・正・和・成・和 年 月 日									
	住所	(〒 -) 電話番号 () -																			
受診者が18歳未満の場合	個人番号																				
	フリガナ											受診者との続柄									
	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 番号 保険者番号								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										
	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 該当 非該当								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										
	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	重継続当	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

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		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									
	氏名	(氏) (名)										生 年 月 日									
	住所	(〒 -) 電話番号 () -										明・大・昭・平・令 治・正・和・成・和 年 月 日									
受診者が18歳未満の場合	個人番号																				
	フリガナ											受診者との続柄									
	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 番号 保険者番号								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										
	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 該当 非該当								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										
	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	重継続当	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

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		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
	氏名	(氏) (名)			生 年 月 日 明・大・昭・平・令 治・正・和・成・和 年 月 日
	住所	(〒 -) 電話番号 () -			
受診者が18歳未満の場合	個人番号				
	フリガナ				受診者との続柄
	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 () -			
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	1被(本) 2被(家) 3国保 4生保 5その他		
		記号 保険者名	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 (他)					

※この欄は、市町村で記入してください。	所得区分	重継該当	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	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

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	2 1 1 2 3 4 5
受診者	個人番号 フリガナ ヤマト タロウ 氏名 大和 太郎 (氏) (名) 住所 (〒 242 - 0004) 電話番号 (046) 260 - 5667 大和市鶴間1-31-7	既存の受給者証の有効期限 令和 4 年 9 月末日 生年月日 昭和 60 年 5 月 20 日	
受診者が18歳未満の場合	個人番号 フリガナ 保護者の氏名 (氏) 保護者の住所 (〒) 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 兄 姉 その他()	
変更内容	変更前	変更後	
受診者に関する事項 (氏名、住所)	変更する事項のみ記入 (変更前後の情報を記入)		
保護者に関する事項 (氏名、住所)	※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。)		
加入医療保険に関する事項 (受診者の加入医療保険)	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。		
負担額に関する事項	生保 非課税1 非課税2 中間1 中間2 一定以上 重度かつ継続 該当 非該当	生保 非課税1 非課税2 中間1 中間2 一定以上 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 (他)	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。

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 ()

所得区分	重継該当	承認欄
------	------	-----