様式第5号(第7条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療受給者証等記載事項変更届（精神通院医療） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受　　診　　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | | | | | |
| 氏　　　名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |
| 保護者  (受診者が１８歳未満の場合記入) | | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 続柄 | | | | | | |
| 氏　名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | | |  | |  | |  |
| 受給者番号 | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者証の有効期間 | | 年　　　月　　　日　　から　　　　　　　年　　　月　　　日　　まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更内容 | 事　項 | 変　更　前 | | | | | | | | | | | | 変　更　後 | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者に関する事項  　（氏名・住所・電話番号） |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者に関する事項  　（氏名・住所・電話番号） |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証に関する事項  　（記号および番号・保険  　　者名・受診者と同一の  　　加入者） |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 精神障害者保健福祉手帳の  番号 |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 備　考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 私は、自立支援医療受給者証および自立支援医療支給認定申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。  　　　　　　届出者氏名  　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　福井県知事　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考

　自己負担上限額（所得区分および重度かつ継続の該当または非該当の別）および指定自立支援医療機関の変更については、支給

認定の変更を行うため、自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書（変更）に記入してください。