様式第５（第１０条関係）

|  |
| --- |
| **精神障害者医療費受給資格等変更届**令和　　　年　　 月　　 日犬　山　市　長　　　　住　　所届出者　氏　　名　　　　電話番号（　　　　 －　　　　 －　　　　）下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。 |
| 受給者番号 | **９** | **１** | **６** |  |  |  |  |
| 受給者 | 氏名 |  | 生年月日 | 大・昭平・令 | 年　　月　　日 |
| 住所 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  該当する事項にチェックを入れ、該当する項目に記入してください。 |
| 事項 | □　氏　　名　　　　　　　□　住　所　　　　　　　　　□　加入医療保険等□　自立支援医療受給者証　□　精神障害者保健福祉手帳　□　その他（　　　　　　：　年　月　日） |
| 記載欄（変更箇所のみご記入ください。） | 事由発生年月日 |
| 変　　　　　更　　　　　項　　　　　目 | 受給者 | 氏名 |  | 年　　月　　日 |
| 住所 |  | 年　　月　　日 |
| 加入医療保険等 | 被保険者名及び受給者からの続柄 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　） | 年　　月　　日 |
| 被保険者・組合員又は世帯主の住所 |  |
| 被保険者証又は組合員証の記号番号 | 記号 |  | 番号 |  |
| 保険者名 |  |
| 保険者番号 |  | 附加給付 |  |
| 事業所の所在地 |  |
| 自立支援医療受給者証 | 指定医療機関名 |  | 年　　月　　日 |
| 指定医療機関住所 |  | 年　　月　　日 |
| 自己負担上限額及び重度かつ継続 | 月額　　　　　　　　　　 円 | 重度かつ継続( 該当 ・ 非該当 ) | 年　　月　　日 |
| 有効期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 手帳 | 障害等級 |  | 年　　月　　日 |
| 有効期間 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 備考 |  | 受付印 |
|  |
| 受付 | 確認 | システム | 証交付 | 助成区分 |
|  |  |  | 窓口　　　年　　月　　日郵送　　　年　　月　　日 | □　通院のみ□　全疾病 |