

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	氏 名				受給者との続柄			年 月 日			
			住 所										
		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											
	受 給 支 援 医 療 証 書	自 立 支 援 医 療 証 書	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			
			有効期限	年 月 日									

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							