

# 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	<input type="checkbox"/> 氏名	<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 加入医療保険等
	<input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 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			
	受給者支援医療証	自立給	指定医療機関名					年 月 日
			指定医療機関住所					年 月 日
		者医	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	<input type="checkbox"/> 通院のみ <input type="checkbox"/> 全疾病	