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 |