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	