

|     |                 |       |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|-----------------|-------|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受付区 | 中央・南・緑（津・城・相・藤） | 窓口受理日 | . . . | 住民番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|-----------------|-------|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

# 自立支援医療費(精神通院医療)支給認定変更申請(届出)書

私は、次のとおり自立支援医療費の支給認定にかかる変更申請（届出）をします。  
(受診者本人又は受診者が18歳未満の場合は保護者の氏名。記名押印又は自署)  
 相模原市長 あて 申請者氏名



|        |   |                   |   |                     |
|--------|---|-------------------|---|---------------------|
| 申請事由届出 | 1 | 再交付（汚れ・破れ・紛失・その他） | 5 | 保険種類変更              |
|        | 2 | 受診者の氏名変更          | 6 | 負担額変更（所得変更）         |
|        | 3 | 受診者の住所変更          | 7 | 医療機関変更              |
|        | 4 | 保護者に関する変更（氏名・住所）  | 8 | 返還（死亡・転出・その他） 年 月 日 |

1, 4, 8 の届出の方は、該当する（ ）内の項目にも○を付してください。

|              |                         |              |             |
|--------------|-------------------------|--------------|-------------|
| 申請年月日        | 年 月 日                   | 既存の受給者証の有効期限 | 年 月 末日      |
| 受給者番号        | 個人番号                    |              |             |
| フリガナ         |                         | 生 年 月 日      |             |
| 受診者の氏名       | (氏) (名)                 | 明治・大正 年 月 日  | 昭和・平成 年 月 日 |
| 受診者の住所       | (〒 - ) 相模原市 区           | 電話番号 ( ) -   |             |
| 受診者が18歳未満の場合 | 保護者の氏名 続柄 個人番号          | 電話番号 ( ) -   |             |
|              | ※受診者と住所が異なる場合に記入 相模原市 区 |              |             |

| 変更内容  | 変更前   | 変更後   |
|---|---|---|
| 受診者に関する事項<br>(氏名・住所・電話番号)   | 〒   | 〒   |
| 保護者に関する事項<br>(氏名・住所)  |   |   |
| 被保険者証に関する事項<br>(受診者の保険証)  | 1被(本) 2被(家) 3国保 4後高 5生保 6その他<br>記号 番号<br>保険者番号 保険者名 | 1被(本) 2被(家) 3国保 4後高 5生保 6その他<br>記号 番号<br>保険者番号 保険者名 |
|   | 生保 低1 低2 中間1 中間2 一定以上<br>重度かつ継続 該当 非該当              | 生保 低1 低2 中間1 中間2 一定以上<br>重度かつ継続 該当 非該当              |
| 医療機関(薬局を含む)<br>に関する事項<br><small>※診療種類の略称を( )で医療機関名の後に付記する。<br/>一般診療(医) デイケア(デ)<br/>訪問看護(訪) 検査(検)<br/>薬局(薬) その他(他)</small> |   |   |

受診者同一の保険加入者に変更があった場合又は所得区分に変更があった場合は記入してください。

|                             |      |    |      |    |
|-----------------------------|------|----|------|----|
| 受診者同一保険の加入者<br>(氏名・個人番号・続柄) | 氏名   | 続柄 | 氏名   | 続柄 |
|                             | 個人番号 |    | 個人番号 |    |
|                             | 氏名   | 続柄 | 氏名   | 続柄 |
|                             | 個人番号 |    | 個人番号 |    |
|                             | 氏名   | 続柄 | 氏名   | 続柄 |
|                             | 個人番号 |    | 個人番号 |    |

提出される方が申請者本人でない場合は記入してください。

|           |                 |            |
|-----------|-----------------|------------|
| 申請書を提出した者 | 氏名              | 本人との続柄     |
|           | 住所              | 電話番号 ( ) - |
|           | ※申請者本人と異なる場合に記入 |            |

ここから下の欄には、記入しないでください

|   |   |  |
|---|---|--|
| 所得区分  | 重継続該当   | 承認欄  |
| <input type="checkbox"/> 個人番号 <input type="checkbox"/> 市町村民税課税証明書又は台帳 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税証明書又は台帳<br><input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯の証明書 <input type="checkbox"/> 特徴通知 <input type="checkbox"/> その他( ) |   |  |
| <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送<br><input type="checkbox"/> 本人(保護者) <input type="checkbox"/> 代理   | 代理権確認<br><input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳<br><input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証<br><input type="checkbox"/> 年金関係書類<br><input type="checkbox"/> その他( ) | 身元確認<br>1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 運転免許証<br><input type="checkbox"/> その他( )<br>2点 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 自立支援医療受給者証<br><input type="checkbox"/> 受給者証 <input type="checkbox"/> その他( ) |
| <input type="checkbox"/> 個人番号カード<br><input type="checkbox"/> 通知カード<br><input type="checkbox"/> 住民基本台帳<br><input type="checkbox"/> その他( )  |   |  |

※身元確認注意事項(・代理申請の場合は、代理人の身元確認を行う。 ・写真の無い身元確認書類は2点以上必要。)