県規則第９号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【様式８号】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療受給者証等記載事項変更届　（精神通院医療） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 生　年　月　日 | | | | | | |
| 氏　　　名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 大正・昭和・平成  年 　月 　日 | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  | |  | |  |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 保　　護　　者  （受診者が18歳未満の場合記入） | | フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 続　柄 | | | |
| 氏　　　名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　所 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |
| 自立支援医療費受給者番号 | |  |  | |  | |  |  | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | |
| 変更内容 | 事　　　項 | 変　更　前 | | | | | | | | | | | 変　更　後 | | | | | | | | | | | | |
| 受診者に関する事項  （氏名・住所・電話番号） |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 保護者に関する事項  （氏名・住所・電話番号） |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証に関する事項  （記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者） |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 精神障害者保健福祉手帳  番号・身体障害者手帳 |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 備　　　　　考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり自立支援医療受給者証及び自立支援医療支給認定申請書の記載事項に変更があったので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第32条第１項の規定により届け出ます。  令和　　　年　　　月　　　日  届出者氏名  　山形県知事　　殿 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(市町村記入欄)

|  |
| --- |
| 本人確認 |
|  |