

自立支援医療受給者証変更届
自立支援医療受給者証再交付申請書
精神障害者保健福祉手帳記載事項変更届・再発行申請書

北海道知事 様
(市町村経由)

申請年月日	年	月	日
-------	---	---	---

届（申請書）を提出した者
住 所
氏 名
届出（申請）者との続柄 夫・妻・父・母・その他（ ）

申請内容	自立支援医療 1 変更届	2 他都府県又は札幌市からの住所変更（要 18 号様式）	3 再交付申請
	障害者手帳 1 変更届	2 他都府県又は札幌市からの住所変更（要 18 号様式）	3 再発行申請
自立支援医療の受給者番号		障害者手帳の手帳番号	
受給者証の有効期間 年 月 日から 年 月 日まで		障害者手帳の有効期間 年 月 日から 年 月 日まで	
届出（申請）者	(フリガナ) 氏 名		生年月日
	個人番号		年 月 日生

1 次の事項を変更したい（変更した）ので 受給者証・精神障害者保健福祉手帳 を添えて届け出ます。

		変更年月日	年	月	日
氏名	変更前	変更後	(フリガナ) (姓)	(名)	
住所	変更前	変更後	電話番号（ ）－		
(自立支援医療の変更の場合のみ記入)					
家族の氏名	変更前	変更後	(フリガナ)	続柄	1 夫 2 妻 3 父 4 母 5 その他（ ）
家族の住所	変更前	変更後	電話番号（ ）－		
保険の種類	変更前	変更後	1 0 被用者保険（本人） 4 0 国保退職（本人） 7 0 生活保護（	2 0 被用者保険（家族） 5 0 国保退職（家族） 福祉事務所）	3 0 国保一般 6 7 後期高齢 9 0 その他（自費・
記号番号・保険者名	変更前	変更後			
保険の同一加入者	変更前	変更後			
所得の状況	変更前	変更後			

2 受給者証の再交付・障害者手帳の再発行 を申請します。

申請理由	1 破いた	2 汚した	3 失った	4 その他
------	-------	-------	-------	-------

注意事項
1 この届（申請書）は、届け出（申請）される方のお住まいの市町村に提出してください。
2 「届（申請書）を提出した者」の欄は、届出（申請）者本人が提出する場合は、記入は不要です。
3 「届（申請書）を提出した者」及び「届出（申請）者」の氏名欄に署名した場合は、押印を省略できます。
4 「届出（申請）者との続柄」、「申請内容」、「性別」、「続柄」及び「申請理由」の欄並びに 内は、該当するものを○で囲んでください。
5 「保険の種類」の欄は、該当番号を に記入してください。
また、申請者が生活保護と他の保険を併用する場合は、10の位にその保険の種類別の10の位の数字を記入し、1の位に「7」と記入してください。
（例：被用者保険（本人）と生活保護を併用する場合は、17と記入する。）
6 自立支援医療の受給者証の再交付の申請の場合は、受給者証を添付してください（受給者証を失った場合を除く。）。
7 障害者手帳の再発行の申請の場合、写真を添付してください。
8 障害者手帳の記載事項の変更の届出をする場合で、他都府県又は札幌市からの住所変更をしたときは、この届出のほかに、障害者手帳申請書（共通－1）を提出してください。
9 ※欄は、市町村及び保健所で記入しますので、記入しないでください。

※市町村収受印

※保健所収受印

※整理番号