

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

申請年月日 29年4月1日

北海道知事様
(市町村経由)

届(申請書)を提出した者

住所 函館市東雲町4番13号

氏名 函館太郎



届出(申請)者との続柄 夫・妻・父・母・その他()

Application form grid with fields for applicant info, insurance status, and dates. Includes checkboxes for 'Change' and 'Re-issue' for both medical support and disability handbooks.

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 29年4月10日

Change/Re-issue form for medical support and disability handbook. Fields include name (東雲花子), address (函館市五稜郭町23番1号), family info, insurance types (生活保護), and signature (太郎).

2 受給者証の再交付・障害者手帳の再発行 を申請します。

Reason for application grid: 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。

Official stamps and seal area: ※市町村収受印, ※保健所収受印, ※整理番号 []