別紙第４０号様式

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	28 年 1 月 4 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（　　）

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	1 2 3 4 5 6 7	障害者手帳の手帳番号	7 8 9 0 1 2 3
受給者証の有効期間	27年 2月 1日から 28年 1月31日まで	障害者手帳の有効期間	27年 2月 1日から 28年 1月31日まで

届出（申請）者	（フリガナ）ハコダテ　ハナコ 氏　名　函館　花子　㊞	生年月日	S63 年 12 月 19 日生
	個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		

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	27 年 1 月 10 日

氏名	変更前	東雲　花子	変更後	（フリガナ）ハコダテ　ハナコ （姓）函館　（名）花子
住所	変更前	函館市五稜郭町23番1号	変更後	函館市東雲町4番13号 電話番号（0138）21 － 3077

（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	7 0　変更後 2 0		１０　被用者保険（本人）　２０　被用者保険（家族）　３０　国保一般 ４０　国保退職（本人）　５０　国保退職（家族）　６７　後期高齢 ７０　生活保護（　　福祉事務所）　９０　その他（自費・　　）
記号番号・保険者名	変更前	生活保護	変更後	12345678 901 全国健康保険協会
保険の同一加入者	変更前		変更後	太郎　※保険の同一加入者に変更があった場合，受診者以外の名前を記入
所得の状況	変更前	※記入不要	変更後	※記入不要

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、［1］［7］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