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	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	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		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