

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
障害者手帳記載事項変更届・再発行申請書

申請年月日 年 月 日

北海道知事様
(市町村経由)

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 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 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	性別 男・女
	㊤	生年 月 日 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・障害者手帳 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) 40 国保退職(本人) 70 生活保護()	20 被用者保険(家族) 50 国保退職(家族) 福祉事務所	30 国保一般 6- 老人保健 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

- 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。
- 「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。
- 「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。
- 「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。
- 「保険の種類」の欄は、該当番号を に記入してください。
なお、申請者が老人保健法第25条第1項の規定による医療を受けることができる者である場合は、10の位に「6」を記入し、1の位にその保険の種類10の位の数字を記入してください。
(例:被用者保険(家族)で、老人保健法による医療を受けることができる場合は、「6」2と記入する。)
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、「1」7と記入する。)
- 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。)
- 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。
- 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。
- ※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

--	--	--	--	--	--