

自立支援医療費(精神通院医療)支給認定変更申請書及び記載事項変更届

受診者	フリガナ 受診者名を記載 氏名	フクシマ イチロウ 福島 一郎	生年月日 明・大(晴)・平・令 〇〇年 △△月 □□日
	フリガナ 住所	フクシマケン フクシマシ スキツマチョウ 〒960-8670 福島県福島市杉妻町〇-□ (電話番号 〇〇〇)	受診者の個人番号(マイナンバー)12桁を、間違えないよう記載してください。
	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0	
	受診者が18歳以上なら保護者欄は記載不要	フクシマ タロウ 福島 太郎	続柄 父
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 住所	フクシマケン フクシマシ スキツマチョウ 〒960-8670 福島県福島市杉妻町〇-□ (電話番号 〇〇〇- △△△- □□□□)	
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1	
自立支援医療費受給者番号		1 2 3 4 5 6 7	
受給者証の有効期間		令和 2年 6月 1日 から 令和 3年 5月 31日 まで	
受診者と同一保険の加入者 氏名・個人番号 ※変更内容が所得区分の変更に該当する場合のみ記入すること			
事項		変更前	変更後
申請事項	指定医療機関に関する事項	(病院(診療所)・デイケア(薬局)訪問看護 変更内容を○で囲み記入) 〇〇薬局 福島市〇〇町1- 〇〇〇-〇〇〇- <変更する指定医療機関> ○で囲み、下記に変更内容を記載してください。	(病院(診療所)・デイケア(薬局)訪問看護 変更内容を○で囲み記入) △△薬局 島市△△町1-1 △△-△△△-△△△△
	該当する所得区分 ※変更後の内容を記載	生活保護世帯 市町村住民税非課税世帯 受給者の年間収入額 _____ 円 (80万円以下) (80万円超)	市町村住民税課税世帯 属する世帯のうち、加入している医療保険の保険料の算定対象となっている者の市町村住民税額(所得割) 15,000 (3万3千円未満) (23万5千円未満) 23万5千円以上
	重度かつ継続 ※変更後の内容を記載	(所得区分が中間1、中間2又は一定以上) 生保 低1 重度かつ継続に該当する場合は、該当を囲む	中間1 中間2 一定以上 該当 非該当
届出事項	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)	(住所) 福島県福島市杉妻町〇-□□ (電話番号) 〇〇〇-□□□-△△△△	(上記のとおり) 申請内容と同じ場合○で囲む <受診者及び保護者欄> 申請内容と同じ場合○で囲んでください。
	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)	〇〇 太郎 保護者名称について 被保険証の内容を正しく記載してください。 保護者名称は受診者名の記載をしないでください。(上記の誤りによる申請があります)	(上記のとおり) 申請内容と同じ場合○で囲む
	被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者名称・受診者と同一の加入者)	(記号及び番号) 島1-〇〇〇〇〇〇 (保険者名称) 福島市 (保険の区分) 国保一般	(記号及び番号) △△△△△△△△ □□ (保険者名称) 全国健康保険協会 ××支部
私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療支給認定申請書に記載された事項の変更に 令和2年 7月 1日		福島県知事 申請者氏名 福島 一郎 (印)	

(注意)

- 1 世帯区分及び所得区分を変更する場合は、確認する書類を添付してください。
- 2 重度かつ継続に該当する場合は、「重度かつ継続に関する意見書」を添付してください。

自治体記入欄

ここからは記入しないでください

市町村受理	世帯確認書類	所得確認同意	所得区分
			中間1 中間2 一定以上 中間1 中間2 一定以上
<p>○負担額に関する事項</p> <p>①受診者と同一保険の加入者欄</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・国民健康保険に加入されている方は、同一記号番号となっている方全て</li> <li>・国民健康保険以外の医療保険に加入されている方は、同一保険に加入している被保険者と家族(被扶養者)の方すべてを記載してください。</li> </ul> <p>②該当する所得区分欄</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村住民税の課税状況は市町村で発行する課税証明書で確認できますが、不明な場合は、同封の同意書を提出することで、市町村が課税状況を確認することもできます。ただし、過去1年以内に他の市町村から転入した場合など、市町村に課税情報が無い場合は、同意書による確認はできません。</li> </ul>			
保健福祉事務所			

記名押印又は自筆による署名のいずれかとする