

市町村名	小田原市	市町村コード	0 5 整理番号					市町村受理年月日	令和 年 月 日
------	------	--------	----------	--	--	--	--	----------	----------

## 自立支援医療費（精神通院）支給認定変更等申請(届出)書

神奈川県知事 殿

市町村受理印

私は、次のとおり自立支援医療費の支給認定にかかる変更申請（届出）をします。

(受診者本人又は受診者が18歳未満の場合は保護者の氏名)

申請（届出）者氏名

↓ あてはまるものすべてに○

↓ あてはまるものすべてに○

申請 届出 事由	1 2 3 4	負担額変更申請 医療機関変更申請 受診者に関する変更届（氏名・住所） 保護者に関する変更届（氏名・住所）	5 6 7	加入医療保険に関する変更届 再交付（汚れ・破れ・紛失・その他） 資格喪失（死亡・返却・その他）
----------------	------------------	---	-------------	---

3,4,6,7の届出の方は、該当する（ ）内の項目に○を付してください。

申請年月日		年 月 日		自立支援医療費受給者番号																
受診者	個人番号																			
	フリガナ							既存の受給者証の有効期限	平成年月日	令和年月日	月末日									
	氏名							明治年月日	大正年月日	昭和年月日	平成年月日									
(氏)	(名)																			
住所	(〒 一 ) 電話番号 ( ) -																			
受診者が18歳未満の場合	個人番号																			
	フリガナ							受診者との続柄												
	保護者の氏名							父	母	祖父	祖母	兄	姉	その他( )						
(氏)	(名)																			
保護者の住所	(〒 一 ) 電話番号 ( ) -																			
※受診者と住所が異なる場合に記入。																				
変更内容	変更内容		変更前				変更後													
	受診者に関する事項 (氏名、住所)																			
	保護者に関する事項 (氏名、住所)																			
	加入医療保険に関する事項 (受診者の加入医療保険)		1被(本)	2被(家)	3国保	4生保	5その他	記号	保険者名	1被(本)	2被(家)	3国保	4生保	5その他						
			番号	保険者番号							番号	保険者番号								
	負担額に関する事項		①生保 ②非課税1 ③非課税2 ④中間1 ⑤中間2 ⑥一定以上										①生保 ②非課税1 ③非課税2 ④中間1 ⑤中間2 ⑥一定以上							
			重度かつ継続		該当		非該当								重度かつ継続		該当		非該当	
	医療機関(薬局を含む) に関する事項 ※次の診療の種類の略称を( )で医療機関名の後に付記して下さい。																			
一般診療(医) 検査(検) デイケア(デ) 訪問看護(訪) その他(他)																				

※この欄は、市町村で記入してください。

個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書  
標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他( )

所得区分

重繼該當

承認欄

見本

市町村コード 整理番号 市町村受理年月日 年 月 日

## 目立支援医療費（精神通院）支給認定変更等申請(届出)書

神奈川県知事

申請者氏名は受診者氏名と同一。

私は、次のとおり

申請(届出)をします。

が18歳未満の場合は保護者の氏名。記名押印又は自署

市町村  
受理印

申請(届出)者氏名

小田原 太郎

↓ あてはまるものすべてに○

↓ あてはまるものすべてに○

申請 届出 事由	1 負担額変更申請	5 加入医療保険に関する変更届
	2 ○ 医療機関変更申請	6 再交付(汚れ・破れ・紛失・その他)
	3 受診者に関する変更届(氏名・住所)	7 資格喪失(死亡・返却・その他)
	4 保護者に関する変更届(氏名・住所)	

3,4,6,7の届出の方は、該当する( )内の項目に○を付してください。

申請年月日	令和 7 年 12 月 1 日	自立支援医療費受給者番号
個人番号	2 1 1 2 3 4 5	
フリガナ	オダワラ	タロウ
受診者 氏名	小田原 (氏) (元 250 - 8555)	太郎 (名) 昭和 60 年 5 月 20 日
住所	小田原市荻窪 300	

個人番号	既存の受給者証の有効期限 令和 8 年 3 月末日 生年月日 昭和 60 年 5 月 20 日	
フリガナ	受診者が18歳未満の場合のみ記入 (申請者と同一)	
保護者の氏名 (氏)	者との続柄 兄姉その他( )	
保護者の住所 (元)	-	

変更内容	変更前	変更後
受診者に関する事項 (氏名、住所)	変更する事項のみ記入 (変更前後の情報を記入)	
保護者に関する事項 (氏名、住所)	※受給者証原本の訂正が必要なため、受給者証の原本を必ず添付してください。(保険証変更の場合は保険証の情報が分かるものの写しも必要です。)	
加入医療保険に関する事項 (受診者の加入医療保険)	変更事項によっては、同意書などが必要な場合があります。	

変更内容	変更前	変更後
受診者に関する事項 (氏名、住所)	変更する事項のみ記入 (変更前後の情報を記入)	
保護者に関する事項 (氏名、住所)	※受給者証原本の訂正が必要なため、受給者証の原本を必ず添付してください。(保険証変更の場合は保険証の情報が分かるものの写しも必要です。)	
加入医療保険に関する事項 (受診者の加入医療保険)	変更事項によっては、同意書などが必要な場合があります。	
負担額に関する事項	生保 非課税1 非課税2 中間1 中間2 一走以上 重度かつ継続	生保 非課税1 非課税2 中間1 中間2 一定以上 重度かつ継続
該当 非該当	該当 非該当	
医療機関(薬局を含む) に関する事項 ※次の診療の種類の略 称を( )で医療機関名 の後に付記して下さい。	ODAWARA病院 小田原市○○3-2-37	
一般診療(医) 検査(検) デイケア(デ) 訪問看護(訪) その他の他	◆◆訪問看護ステーション(訪) 小田原市□■3-2-3	
	■■薬局 小田原市××8-2-12	

※この欄は、市町村で記入してください。	所得区分	重複該当	承認欄
個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他( )			