

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

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		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 末日		
	氏 名	(氏) (名)		生 年 月 日		
	住 所	(〒 -) 電話番号 () -		明・大・昭・平・令 治・正・和・成・和 年 月 日		
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	(氏) (名)		父 母 祖父 祖母 兄 姉 その他()		
	保護者の住所	(〒 -) 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 番号 保険者番号		1被(本) 2被(家) 3国保 4生保 5その他 記号 保険者名 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 重度かつ継続 該当 非該当		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	
	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。			所得区分	重継続当	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 ()					

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	2 1 1 2 3 4 5
受診者氏名	オダワラ タロウ 小田原 太郎	既存の受給者証の有効期限	令和 8 年 3 月末日 昭和 60 年 5 月 20 日
住所	(〒 250 - 8555) 電話番号 (0465) 33 - 1468 小田原市荻窪300		
受診者が18歳未満の場合	受診者が18歳未満の場合のみ記入 (申請者と同一)		
変更内容	変更する事項のみ記入 (変更前後の情報を記入) ※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。) 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 一定以上 重度かつ継続 該当 非該当	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	
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)	ODAWARA病院 小田原市〇〇3-2-37 ODAWARA薬局 小田原市△△3-1-23	ODAWARAクリニック 小田原市××8-3-6 ◆◇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。

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	重継該当	承認欄
------	------	-----