

自立支援医療(精神通院医療)受給者証等記載事項変更  
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

申請年月日 令和8年4月10日

北海道知事様  
(市町村経由)

届(申請書)を提出した者

〒040-8666

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( )

Application form with multiple rows and columns for applicant details, including name (HAGIHARA Hanako), address, and dates. Circled '1' indicates a change in the application content.

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 令和8年4月1日

Main application form with multiple rows and columns for applicant details, including name (HAGIHARA Hanako), address, insurance type (生活保護), and insurance provider (全国健康保険協会).

2 受給者証の再交付・障害者手帳の再発行 を申請します。

Reason for application form with options: 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、 「117」 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。

※市町村收受印

※保健所收受印

※整理番号

整理番号入力欄