

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1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 grid containing fields for applicant details, disability certificate validity, and family information.

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。

Main application form grid with sections for personal information, family details, and insurance status.

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 grid 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「保険の種類」の欄は、該当番号を [] に記入してください。
5 「保険の種類」の欄は、該当番号を [] に記入してください。
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。)

Signature and stamp area with fields for municipal and welfare office reception, and a serial number field.