別紙第４０号様式

自立支援医療受給者証変更届
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・再発行申請書

申請年月日	年　　月　　日

北海道知事　様
（市町村経由）

届（申請書）を提出した者

住　所

氏　名

届出（申請）者との続柄　　夫・妻・父・母・その他（　　）

申請内容	自立支援医療	1　変更届	2　他都府県又は札幌市からの住所変更（要 18 号様式）	3　再交付申請
	障害者手帳	1　変更届	2　他都府県又は札幌市からの住所変更（要 18 号様式）	3　再発行申請

自立支援医療の受給者番号		障害者手帳の手帳番号	
受給者証の有効期間 年　月　日から　年　月　日まで		障害者手帳の有効期間 年　月　日から　年　月　日まで	
届出（申請）者	（フリガナ） 氏　名	生年月日	年　月　日生
	個人番号		

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	年　月　日

氏名	変更前		変更後	（フリガナ） （姓）　（名）
住所	変更前		変更後	電話番号（　　）　－

（自立支援医療の変更の場合のみ記入）

家族の氏名	変更前		変更後	（フリガナ）	続柄	１夫　２妻　３父 ４母　５その他（　　）
家族の住所	変更前		変更後	電話番号（　　）　－		
保険の種類	変更前		変更後	１０　被用者保険（本人）　２０　被用者保険（家族）　３０　国保一般 ４０　国保退職（本人）　５０　国保退職（家族）　６７　後期高齢 ７０　生活保護（　　福祉事務所）　９０　その他（自費・　　）		
記号番号・保険者名	変更前		変更後			
保険の同一加入者	変更前		変更後			
所得の状況	変更前		変更後			

2　受給者証の再交付　・　障害者手帳の再発行　を申請します。

申請理由	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の 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、□１□７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。

※市町村収受印	※保健所収受印 ※整理番号