

第5号様式（第2条関係）

**自立支援医療費  
（精神通院医療）  
受給者証記載事項  
変更申請・届**

精神保健福祉センター記入欄		
所得区分	重度継続の追加申請の審査	検査の適否
生保・生保減免 低1・低2・中間1 中間2・一定以上	該当・非該当	該当・非該当

市町村名・受理年月日

奈良県精神保健福祉センター所長 殿

平成 年 月 日

障害者自立支援法第56条第1項の規定により自立支援医療受給者証（精神通院医療）の記載事項

【氏名・住所・指定自立支援医療機関・保険の種別・所得区分・重度継続】の変更を申請（届）します。

受診者	フリガナ氏名	（自署又は記名押印）		性別	男女	生年月日	天正・昭和・平成 年 月 日
	住所	奈良県 北葛城郡広陵町					
保護者 （受診者が18歳未満の場合）	フリガナ氏名	（自署又は記名押印）		受診者の続柄			
	住所	奈良県					
変更内容	変更前		変更後		指示の有無		
	フリガナ氏名			上記と同じ		/	
	住所 （電話番号）			上記と同じ		/	
	主たる受診先 ・名称 ・所在地 ・電話番号					/	
	調剤薬局 ・名称 ・所在地 ・電話番号					/	
	訪問看護 ・名称 ・所在地 ・電話番号					/	
	デイ・ナイトケア ・名称 ・所在地 ・電話番号					/	
	検査 ・名称 ・所在地 ・電話番号					/	
	所得区分 （保険の種別）					/	
	添付書類 （印）	1 受給者証(原本) 2 所得を証する書類 （自己負担上限額の変更を伴う保険の種別の変更の場合） 医療保険者証の写し 市町村民税額又は生活保護受給中を証する書類 重度かつ継続に関する意見書(追加用) （中間1、中間2、一定以上に変更になる場合）			受給者証を添付できない理由 例：紛失 〔 〕		
希望始期（所得区分以外の変更に関する場合）を記入してください。 ただし、市町村受理日以前1か月以内の日。 （記載がない場合は、市町村受理日を始期とします。）				平成 年 月 日		センター記入欄	
事実発生日（所得区分の変更に関する場合）を記入してください。 ただし、遡及は市町村受理日以前1か月以内の日。 （記載がない場合は、市町村受理日を始期とします。）				平成 年 月 日		センター記入欄	

- （注）1 変更内容欄は、変更する項目の変更前後についてそれぞれ記載してください。  
2 受給者証の原本を添付してください。添付できない場合は、その理由を記載してください。  
3 デイケア等は主たる受診先医療機関がデイケア承認を受けていない場合に、検査は脳波計等の医療機器が主たる受診先医療機関にない場合に限りです。  
4 受診者が18歳未満の場合は、保護者欄も記載してください。  
5 都道府県の区域を越える住所変更をしたときは、変更届ではなく、新規申請をしてください。  
6 の欄は記載しないでください。（ の欄は、市町村担当者が記入してください。）