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

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	（ﾌﾘｶﾞﾅ） （姓）　（名）
住所	変更前		変更後	電話番号（　　）　ー
（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	（ﾌﾘｶﾞﾅ） 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（　　）　ー
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 「届出（申請）者との続柄」、「申請内容」、「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。
4 「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。）
5 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。）。
6 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。
7 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。
8 ※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