様式第9号

自立支援医療費(精神通院医療)支給認定変更申請書及び記載事項変更届

受診者	フリガナ		生年月日
	氏　名		明・大・昭・平・令 年　月　日
	フリガナ		
	住　所	〒 (電話番号　－　－　)	
	個人番号		
受診者が18歳未満の場合	フリガナ		
	保護者氏名	続柄	
	フリガナ		
	住　所	〒 (電話番号　－　－　)	
	個人番号		
自立支援医療費受給者番号			
受給者証の有効期間		令和　年　月　日　から　令和　年　月　日　まで	

受診者と同一保険の加入者氏名・個人番号 ※変更内容が所得区分の変更に該当する場合のみ記入すること			

事　項		変　更　前			変　更　後		
申請事項	指定医療機関に関する事項	(病院(診療所)・デイケア・薬局・訪問看護 変更内容を○で囲み記入)			(病院(診療所)・デイケア・薬局・訪問看護 変更内容を○で囲み記入)		
	該当する所得区分 ※変更後の内容を記載	生活保護世帯	市町村民税非課税世帯 受給者の年間収入額 円		市町村民税課税世帯 属する世帯のうち、加入している医療保険の保険料の算定対象となっている者の市町村民税額(所得割) 円		
		生保	(82万6千5百円以下) 低1	(82万6千5百円超)) 低2	(3万3千円未満) 中間1	(23万5千円未満) 中間2	(23万5千円以上) 一定以上
	重度かつ継続 ※変更後の内容を記載	(所得区分が中間1、中間2又は一定以上の場合)			該当　・　非該当		
届出事項	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)				(上記のとおり　申請内容と同じ場合○で囲む)		
	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)				(上記のとおり　申請内容と同じ場合○で囲む)		
	加入医療保険に関する事項 (記号及び番号・保険者名称・受診者と同一の加入者)	(記号及び番号) (保険者名称) (保険の区分)			(記号及び番号) (保険者名称) (保険の区分)		

私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療支給認定申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり申請(届出)します。

令和　年　月　日

申請者氏名

福島県知事

(注意)
1　世帯区分及び所得区分を変更する場合は、確認する書類を添付してください。
2　重度かつ継続に該当する場合は、「重度かつ継続に関する意見書」を添付してください。

自治体記入欄　　ここから下は記入しないでください

市町村受理	世帯確認書類	所得確認同意	所得区分	
	加入医療保険等　住民票　不要	有　無	前回	生保　低1　低2　中間1　中間2　一定以上
	所得確認書類		今回	生保　低1　低2　中間1　中間2　一定以上
	個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定書 生活保護受給の確認	年金・手当の通知 同意書による確認 その他 (　　)		
保健福祉事務所進達収受	重度かつ継続			
	前回	該当　非該当		
	今回	該当　非該当		
	県確認	所得区分	重度かつ継続	備考