

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定変更申請書
（指定自立支援医療機関）

令和 年 月 日

香川県知事 殿

申請者 氏 名

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第56条第1項の規定により、次のとおり指定自立支援医療機関の変更を申請します。

自立支援医療費
受給者番号

自立支援医療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	氏名		生年月日	年 月 日
	住所		電話番号	
	個人番号			

保護者 (受診者が18歳未満の場合に記載してください。)	氏名		続柄	
	住所		電話番号	
	個人番号			

変更内容	指定自立支援医療機関	区分	名称	所在地・電話番号
			(変更前)	

			(変更後)	
			(変更前)	

	(変更後)			
	(変更前)			

	(変更後)			
	(変更前)			

	(変更後)			

変更年月日 令和 年 月 日

注 「区分」の欄は、病院、診療所、指定訪問看護事業者、指定居宅サービス事業者、指定介護予防サービス事業者又は薬局のいずれかを記入してください。