様式芽	707																				
		自立	支援医療	費(精神	申通院医療)支給	認定変	更申	清書及	び記載	事」	頁変更	[届								
	フリガナ														生年月日明・大・昭・平・令						
	氏 名												_			-					
受診	フリガナ														年	月	H				
者	住 所	₹																			
	正 //						1	ı	1				(電話番	号)			
	個人番号																				
受診	フリガナ										60	te LCC									
影者が18歳未満	保護者氏名										彩	- 持柄									
	フリガナ																				
	住 所	₹											(about w					,			
	her L vii II												(電話番	一			_				
(PPI	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 在	F	月	В	から	令和		年	月		日まっ	73					
	文和石皿(27日 別7列目)				11/11 -	-	Л	Н	11-15	13 4.11		+			н ж		ı				
四剩	*者と同一保険の加入者																				
※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						
		(病院(診療	(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)									・デイケア・	薬局·訪問	看護 変更内	容を○で囲	み記入)					
	指定医療機関に関する	る事項																			
申																					
請			math mm.		(many f	1 = 27 11	nm 437 111 111			Constitution of the Consti											
事		生准	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									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									
1	*************************************			~"	a ii · · · i inito	· HAV				70		- , ,,,,	の市	町村民科	額(所得	割)	271,1340	ж - с. од			
項	該当する所得区分 ※変更後の内容を記						円						-			円					
				(8	30万円以下)			円超)		(3)		F円未満	j)		5千円未清	茜)		5千円以上)			
			生保 低1 低2									間1		-	中間2		— 7	定以上			
	重度かつ継続 ※変更後の内容を記	敝	(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				(上記のと	上記のとおり 申請内容と同じ場合○で囲む)																
	75 AV AV 1- BB 1- 77 - 75	and the																			
	受診者に関する事 (氏名・住所・電話番	:号)																			
										(上記のと	おり	由語内宏》	:同じ場合〇	で囲む)							
										(33,80				12.07							
事	保護者に関する事項																				
	(氏名・住所・電話番	:号)	1																		
項																					
		(記号及7	(記号及び番号)										(記号及び番号)								
	被保険者証に関する	事項										(保険者名称)									
	(記号及び番号・保険率 ・受診者と同一の加え	呆険者名称)									5)										
		(保険の区	€分)	(保険の	区分)															
	私は、自立支援医療受給者	正及び自立支援医療す		書に記載:	された事項の変	更につい	って、上記	のとおり	申請(届	出)します。											
		令和	年 月	日																	
								申請者	F -名												
	福島県知事							.1.49.0	PV-H												
(注意)																					
1 世帯区	公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。	de Care o																	
	つ継続に該当する場合は、「重度	といて) 胚就に関する意見	音」を你们してく	100V %	ここから下は	· == 7 +~	1 \で/セン	,													
自治	体記入欄		1	##-##-7d		品の人しない			日本	T				能组	マハ						
	市町村受理		被保		誰認書類 箏 住民票 不要	Ę		得確認同 有 類	可.思 無	前回	T	牛	保 低1	所得 低2	中間1	中間2	一定以	以上			
		所得確認書類							今回	t		保 低1		中間1	中間2						
			個人番号 年金・手当の通知 市町村民税課税証明書 同意書による確認 市町村民税非課税証明書 その他 標準負担額減額認定書 () 生活保護受給の確認																		
-	保健福祉事務所進達	収受	生活体護受料の難認 重度かつ継続																		
		前回 該当 非該当																			
			今回		該	当	非該当	備													
							重度			VHI											
			県確認	所得 区分			かつ			考											
			1	ムカ			継続				1										