

自立支援医療受給者証等記載事項変更届出書(育成・更生)

受 診 者	フリガナ		性別			
	氏名		生年月日			
	フリガナ		電話番号			
	住所					
	個人番号					
受診者が 18歳未満 の場合	フリガナ		受診者との 関係			
	保護者氏名					
	フリガナ		電話番 号※2			
	保護者住所※2					
自立支援医療費受給者番 号						
受給者証の有効期限	年	月	日から	年	月	日まで
変 更 内 容	事項	変更前	変更後			
	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)					
	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)					
	被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険 者名・受診者ち同一の加 入者)					
	身体障害者手帳・精 神障害者保健福祉手 帳等番号					
その他						
備考						
自立支援医療受給者証及び自立支援医療支給申請書に記載された事項の変更について上記のとおり届け出ます。						
届出者氏名		印				
年		月		日		
六ヶ所村長 様						

※ 自己負担上限額(所得区分及び重度かつ継続該当・非該当)及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療費(更生・育成)支給認定(変更認定)申請書に記載すること。

※ 医療受給者証を添付してください。