

受付印

自立支援医療受給者証(育成医療・更生医療)
記載事項変更届

受診者	フリガナ		性別	生年月日	
	氏名			年	月 日
	フリガナ				
	住所	〒			
	個人番号				
保護者 (受診者が18歳未満の場合記入)	フリガナ				続柄
	氏名				
	フリガナ				
	住所	〒			
	個人番号				
受給者証の受給者番号				有効期間	年 月 日 迄
変更内容	事項	変更前		変更後	
	受診者に関する事項 (氏名・居住地等)				
	保護者に関する事項 (氏名・居住地等)				
備考					
<p>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、上記のとおり届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>銚田市長 殿</p> <p style="text-align: center;">届出者氏名 (印)</p>					

※被保険者証, 自己負担上限月額(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等の変更については, 支給認定の変更を行うため, 自立支援医療費(育成医療・更生医療)支給認定申請書(変更)に記載すること。