

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（育成・更生）

受 診 者	フリガナ		生 年 月 日
	氏名		年 月 日 (歳)
	住所	電話： ()	
	個人番号		
受 診 者 が 18 歳 未 満 の 場 合	フリガナ		続柄
	保護者氏名		
	保護者住所	電話： ()	
	保護者個人番号		
自立支援医療費受給者番号			
受給者証の有効期間		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・ 受診者と同一の加入者)		
	身体障害者手帳番号		
変更年月日		年 月 日	
備 考			
<p>私は、自立支援医療受給者証（育成医療・更正医療）及び自立支援医療費（育成・更正）支給認定申請書【新規・継続・変更（保険・所得区分・医療機関）・転入】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: right;">年 月 日</p> <p>届 出 者 氏 名</p> <p>〔 受診者が18歳未満の 場合は、その保護者 〕</p> <p style="text-align: right;">摂津市長 様</p>			

※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（育成・更正）支給認定申請書【新規・継続・変更（保険・所得区分・医療機関）・転入】に記載すること。