

| 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 |
| | フリガナ | | |
| | 居住地 | | |
| | 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 | | |
| | 居住地 | | |
| | 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 | | |
| | 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・再認定・変更）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;">届出者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</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・再認定・変更）に記載すること。