

# 記入例

様式第39号（第30条関係）

## 自立支援医療受給者証等記載事項変更届（育成医療・更生医療）

令和2年7月1日

春日部福祉事務所長 あて

届出者 住所 **春日部市中央6-2**  
※1 氏名 **春日部 太郎** 印  
電話番号 **048 (736) 1111**  
受診者との続柄 **父**

この枠内は  
全て記入する

自立支援医療支給認定申請書及び自立支援医療受給者証（育成医療・更生医療）に記載された事項の変更について、下記のとおり届け出ます。

受給者証番号		0	1	2	3	4	5	6					
受診者	フリガナ	カスカベ ハルカ											
	氏名	春日部 遥				生年月日				H・R 23年4月5日			
	住所	〒344-0067 春日部市中央6-2											
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
保護者	フリガナ	カスカベ タロウ						続柄					
	氏名	春日部 太郎						父					
	住所	〒 同上											
	個人番号	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3
受給者証の有効期間		令和2年6月1日から						令和2年11月30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）	048-746-9702						048-736-1111					
	保護者に関する事項 （氏名・住所・電話）	048-746-9702						048-736-1111					
	被保険者証に関する事項 （記号及び番号・保険者名 ・受診者との加入者）	全国健康保険協会 埼玉支部 54321 333						春日部市 国民健康保険 777 1000					
身体障害者手帳番号													
備考													

変更箇所  
のみ  
記入する

※ 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（育成医療・更生医療）支給認定申請書（変更）に、記載すること。

※1 届出者について、育成医療は保護者、更生医療は受診者本人とすること。

※2 受給者が18歳未満の場合に記入してください。