

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 年 月 日

春日部福祉事務所長 あて

届出者 住 所 春日部市

※1 氏 名

電話番号 ()

受診者との続柄

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												
受診者	フリガナ						生年月日	昭和・平成				
	氏名							年	月	日		
	住所	〒344- 春日部市										
	個人番号											
保護者 ※2	フリガナ								続柄			
	氏名											
	住所	〒										
	個人番号											
受給者証の有効期間		令和 年 月 日 から					令和 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）											
	保護者に関する事項 （氏名・住所・電話）											
	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）											
備考												

※ 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。