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　　　年　　　月　　　日

春日部福祉事務所長　あて

住　　所

届出者 氏　　名

※１ 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 | | | | Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日 | | | | | |
| 氏　　　　　名 |  | | | | | | | | | |
| 住　　　　　所 | 〒  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） |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 身体障害者手帳番号 |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 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。