

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
 ※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 | 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) | | | | | | | | | |
| 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。