|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療費（育成医療・更生医療）受給者証記載事項変更届出書 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受 診 者 | | フリガナ |  | | | | | | | | | | 性別 | | 生年月日 | | |
| 氏　　　名 | 個人番号： | | | | | | | | | | 男・女 | |  | | 年　　　月　　　日 |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　　所 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 保　護　者  （受診者が１８歳未満の場合） | | | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | 受診者との続柄 | |
| 氏　　名 | | |  | | | | | | | | | |  | |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療支給認定申請書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。また、自立支援医１療（更生医療・育成医療）給付の自己負担の決定に必要な私及び同一保険の加入者の所得状況等について、市長が必要な情報を閲覧することに同意します。  　　　　 　届出者氏名　　　　　　　　　　　　　（※）  　　　　　　（※）本人が手書きしない場合は、記名押印してください。  　　　　　　　　　　 年　　　 月　　　 日  　　　三　浦　市　長 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※　自己負担上限額（所得区分及び重度かつ継続該当・非該当）、指定自立支援医療機関又は医療の具体的方針の変更については、自立支援医療費支給認定申請書（変更）により、支給認定変更の手続を行うこと。