

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（精神通院）

受 診 者	フリガナ							性別	生 年 月 日				
	氏 名							男・女	明 治 大 昭 平 和 令	年 月 日			
	住 所	〒 ー 和歌山県日高郡日高川町大字						電 話 番 号					
	個人番号												
保 護 者 (受診者が18歳未満の 場合のみ記入)	フリガナ							続 柄					
	氏 名												
	住 所	〒 ー 和歌山県日高郡日高川町大字											
	個人番号												
自立支援医療費受給者番号													
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)												
精神障害者保健福祉手帳番号													
備 考													
私は、自立支援医療受給者証(精神通院)及び自立支援医療費(精神通院)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。									市町村受付印				
届出者氏名									印				
令和 年 月 日									日高川町長 様				

※ 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、自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書（変更）に記載すること。
届出者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。（受診者が18歳未満の場合、届出者は保護者となります。）