

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											生 年 月 日
	氏 名											<small>明 治 大 昭 平 成 令 和</small> 年 月 日
	住 所	日高郡日高川町大字										電 話 番 号
	個 人 番 号											
保 護 者 <small>（受診者が18歳未満の 場合のみ記入）</small>	フリガナ											続 柄
	氏 名											
	住 所											
	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 <small>（氏名・住所・電話番号）</small>											
	保護者に関する事項 <small>（氏名・住所・電話番号）</small>											
	被保険者証に関する事項 <small>（記号及び番号・保険者名・ 受診者と同一の加入者）</small>											
	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 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。
受診者が18歳未満の場合、届出者は保護者となります。