

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											<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>		
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。