

自立支援医療受給者証等記載事項変更届(精神通院医療)

受診者	ふりがな				生年月日	年齢						
	氏名		性別	男・女	年月日	歳						
					個人番号							
	住所	〒 電話										
保護者 (受診者が18歳未満の場合)	氏名		受診者との続柄	父母・配偶者・兄弟姉妹・祖父母親類・同居者・その他()								
			個人番号									
	住所	電話										
自立支援医療費受給者番号		<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										
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・その他)											
							変更日	年	月	日から		
	保護者に関する事項 (氏名・住所・その他)											
							変更日	年	月	日から		
	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)											
変更日							年	月	日から			
備考												
<p>自立支援医療受給者証及び自立支援医療費(精神通院医療)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。</p> <p>年 月 日</p> <p>(宛先) 埼玉県知事</p> <p style="text-align: right;">届出者(自署又は記名押印)</p>												
					<table border="1"> <tr> <td>收受印</td> </tr> </table>		收受印					
收受印												

- 注意
- 1 変更内容の欄は、該当する事項のみ記載してください。
 - 2 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及び有効期間の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療費(精神通院医療)支給認定申請書(変更)(様式第1号)を提出してください。