

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												年 月 日	
	住 所												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													
	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														
年 月 日														
美浜町長 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。