

自立支援医療受給者証等記載事項変更届出書（ <b>育成医療</b> ・更生医療）				
受 診 者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名	※受診者（障害児）本人の氏名を記入		男・女 和暦〇〇年〇〇月〇〇日
	フリガナ			
	住所	上田市〇〇 〇-〇-〇 （※住所変更の届出の場合は、新住所）		
	個人番号			
受 給 者	フリガナ			続柄
	氏名	障害児の保護者氏名		父・母 など
	フリガナ			
	住所	上田市〇〇 〇-〇-〇 （同上も可）		
	個人番号			
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・電話番号）	（旧姓）〇〇 太郎 長野市〇〇 〇-〇	（新姓）□□ 太郎 上田市〇〇 〇-〇	
	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）	記号〇〇〇 番号〇〇〇 全国健康保険協会長野支部	記号〇〇〇 番号〇〇〇 上田市	
	身体障害者手帳・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の記載事項の変更について、上記のとおり届け出ます。				
申請者氏名 保護者氏名				
令和 〇〇 年 〇 月 〇 日				
(届出先)				

マイナンバーを記入してください。

マイナンバーを記入してください。

受給者番号や有効期間は、空欄のままでも結構です。

変更があった項目のみ、変更前と後の情報を記入してください。

自署であれば押印を省略しても構いません。

申請日は窓口で記載、提出した日で結構です。空欄のままでも結構です。

※ 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、自立支援医療支給認定申請書（変更）に記載すること。