

自立支援医療受給者証等記載事項変更届(育成医療)										
受 診 者	フリガナ							性別	生年月日	
	氏名							男・女	年 月 日	
	個人番号									
	フリガナ									
	住所									
保 護 者		フリガナ						続柄		
		氏名								
		個人番号								
		フリガナ								
		住所								
自立支援医療費受給者番号										
受給者証の有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日								
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)									
	身体障害者手帳番号									
備 考										
<p>私は、自立支援医療受給者証及び自立支援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>届出者氏名 Ⓜ</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">甲斐市長様</p>										

※ 医療の具体的方針の変更、月額自己負担上限額(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薬局の変更・追加については、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。

※ 届出者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。(届出者氏名は保護者)