

自立支援医療(育成医療・更生医療)受給者証記載事項変更届										
受 診 者	フリガナ						性別	生年月日		
	氏名						男・女	明治 大正 昭和 平成	年月日	
	フリガナ									
	住所									
保護者(受診者が18歳未満の場合記入)		フリガナ						続柄		
		氏名								
		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)									
	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・精神障害者保健福祉手帳番号										
備考										
<p>私は、自立支援医療(育成医療・更生医療)費支給認定申請書(新規・再認定・変更)及び自立支援医療(育成医療・更生医療)受給者証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 印</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">茂原市長</p>										

※ 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。