

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（精神通院）

市 町 収 受 印

受 診 者	フリカゝナ											生 年 月 日
	氏 名											明・大・昭・平・令 年 月 日
	住 所	〒 - 電話 ()										
	※ 個人番号											
保 護 者 (受診者が18歳未満の場合に記入)	フリカゝナ											続 柄
	氏 名											
	住 所	〒 - 電話 ()										
	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		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)											
精神障害者保健福祉手帳番号												
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。</p> <p style="text-align: center;">届出者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">広島県知事様</p>												

(注意) 自己負担上限額(所得区分及び重度かつ継続の該当・非該当)及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更が必要なので自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書(認定内容変更)により申請してください。

※返還(郵送)年月日	年 月 日
------------	-------

※ 個人番号を確認できるものが必要です。(個人番号カード、通知カード+運転免許証又はパスポート等公的機関が発行した顔写真入りの書類等)