

自立支援医療受給者証等記載事項変更届出書（精神通院医療）

受 診 者	フリガナ											生年月日		
	氏 名											年	月	日
	フリガナ													
	居 住 地													
	個人番号													
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													
	居住地													
	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、居住地又は 電 話 番 号)													
	保護者に関する事項 (氏名、居住地又は 電 話 番 号)													
	被保険者証に関する事項 (記号及び番号、保険者名又 は受診者との加入者)													
	身体障害者手帳又は精神障害 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。														
年 月 日														
宮崎県知事 殿 届出者氏名 ㊤														

備考 自己負担上限額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）も提出してください。