

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（ 精神通院 ）													
受 診 者	フリガナ							生 年 月 日					
	氏 名							明 治 大 昭 平 令	治 正 和 成 和	年 月 日			
	住 所									電 話 番 号			
	個 人 番 号												
保護者 （受診者が18歳未満の 場合のみ記入）		フリガナ									続 柄		
		氏 名											
		住 所											
		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		令和 年 月 日 から 令和 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）												
	加入医療保険に関する事項 （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													
私は、自立支援医療受給者証（精神通院）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。 届出者氏名 年 月 日 美浜町長 様										市町村受付印			

※ 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、自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書（変更）に記載すること。
受診者が18歳未満の場合、届出者は保護者となります。