

| 自立支援医療受給者証等記載事項変更届(精神通院) | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-------|---|---|---|----|-------|------------------|------------------|----|----|---|
| 受 | フリガナ | | | | | | 性別 | 生年月日 | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | 男・女 | 明 大 昭 平 | 治 正 和 成 | 年 | 月 | 日 |
| 診 | フリガナ | | | | | | | | 電話番号 | | | |
| | 住 所 | | | | | | | | | | | |
| 者 | 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 | | | | | | | | | 電話番号 | | | |
| 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) | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | |
| | 負担上限月額に関する事項 | | | | | | | | | | | |
| 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 印</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 精神保健福祉センター所長 様</p> | | | | | | | | | | | | |

※ 負担上限額(所得区分及び重度かつ継続該当・非該当)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)を併せて提出すること。