自立支援医療受給者証等記載事項変更届（ 更生医療 ）

フリガナ

性別

明治

生年月日

受

ꢀ

ꢀ

診

ꢀ

ꢀ

者

大 正

氏ꢀꢀꢀ名

男ꢀ・ꢀ女

ꢀꢀꢀ年ꢀꢀ月ꢀꢀ日

昭 和

平 成

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

ꢀꢀ令和ꢀꢀꢀ年ꢀꢀꢀ月ꢀꢀꢀ日ꢀꢀからꢀꢀ令和ꢀꢀꢀ年ꢀꢀꢀ月ꢀꢀꢀ日ꢀꢀまで

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）

（

変

ꢀ

ꢀ

更

ꢀ

ꢀ

内

ꢀ

ꢀ

容

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

ꢀ

ꢀꢀ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。

届出者氏名

印

ꢀ

ꢀꢀꢀꢀ令和ꢀꢀꢀ年ꢀꢀꢀ月ꢀꢀꢀ日

ꢀ

八代市福祉事務所長ꢀꢀꢀ殿

※

ꢀ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。

