

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 正 昭 和 平 成 年 月 日	
	フリガナ			
	住所			
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	
	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（受診 者が18歳未 満の場合記 入）	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		
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>届出者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">浜松市長 様</p>				
送付先変更希望 無 ・ 有 → 宛名				
住所 〒 (-)				

※ 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。