

(様式第10)

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（精神通院医療）											
受 診 者	フリガナ								生年月日		
	氏 名								大 正 昭 和 平 成 令 和 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										
	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			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・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)										
	身体障害者手帳・精神障害 者保健福祉手帳番号										
備 考											
自立支援医療支給認定申請書及び自立支援医療受給者証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											
(あて先)											
届出者氏名											

