|  |
| --- |
| 自立支援医療受給者証（精神通院医療）等記載事項変更届 |
| 受　　診　　者 | フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏　　　名 |  | 年　 月　 日 |
| フリガナ |  |
| 住　　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 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 | 〒　　　　　　　電話 |
| 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 |  |  |
| 　私は、自立支援医療受給者証（精神通院医療）及び自立支援医療費（精神通院医療）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　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日群馬県知事　あて　　　　　　　　　　 |

　※　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（精神通院医療）支給認定申請書（変更）に記載すること。