

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													
<p>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。</p> <p>届出者氏名</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">群馬県知事 あて</p>													

※ 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。