

自立支援医療受給者証等記載事項変更届出書（更生・育成医療）							
精神障害者・障害児	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生年月日
	受診者氏名						昭和 平成 令和
	フリガナ		電話番号				
	受診者住所						
	個人番号	-		-			
保 護 者	フリガナ		受診者との続柄				
	保護者氏名						
	フリガナ		電話番号				
	保護者住所						
	個人番号	-		-			
自立支援医療受給者証の番号			自立支援医療受給者証の有効期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
自立支援医療の種類		<input type="checkbox"/> 育成医療		<input type="checkbox"/> 更生医療			
変更事項							
変更内容	変更前			変更後			
備考							
<p>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します。</p> <p>届出者氏名 <span style="float: right;">印</span></p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">東北町長 殿</p>							

- 注 1 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（更生）支給認定（変更認定）申請書に記載すること。
- 2 医療受給者証をすること。