

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（育成医療）

受給者番号													
受診者	フリガナ											生年月日	
	氏名											年 月 日	
	住所												
	個人番号												
保護者	フリガナ											受診者との続柄	
	氏名												
	住所	同上	その他の場合										
	個人番号												
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 療育手帳 精神障害者保健福祉手帳												
備考													
<p>私は、自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書及び自立支援医療（育成医療）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。</p> <p>高知市長 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">届出者氏名</p>													

注 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）に記載してください。