

| 自立支援医療（精神通院医療）受給者証等記載事項変更届 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------------------|---|---|------|---|----|-----------------|----------------|---|---|---------|---|----|---|---|---|
| 受 診 者 | フリガナ | かこがわ たろう | | | | | | 生年月日 | | | | | | | | | |
| | 氏 名 | 加古川 太郎 | | | | | | 〇〇年 〇〇月 〇〇日 | | | | | | | | | |
| | 住 所 | 〒675-8501 加古川市加古川町北在家2000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | 079-421-2000 | | | 個人番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 1 | 0 | 1 |
| 保 護 者 （ 受 診 者 が 1 8 歳 未 満 の 場 合 記 入 ） | フリガナ | | | | | | | | | | | 受診者との続柄 | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住 所 ※1 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 ※1 | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | |
| 自立支援医療費受給者番号 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | | | | | | | | | |
| 受給者証の有効期間 | | 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 | | | | | から | | 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 | | | | | 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） | 加古川市加古川町北在家23-1 | | | | | | 加古川市加古川町北在家2000 | | | | | | | | | |
| | 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） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備 考 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療費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 加古川 太郎</p> <p>令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 兵庫県知事 様</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- (注) 1 自己負担上限額（所得区分及び高額治療継続者該当・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、自立支援医療費支給認定申請書（変更）に記載すること。
- 2 ※1の欄は受診者本人と異なる場合に記入すること。
- 3 ※2の欄は、記入しないこと。

| | |
|---------------|-------|
| 受理機関名 ※2 | 受理年月日 |
| 精神保健福祉センター ※2 | 年 月 日 |