

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（精神通院）				
受診者	フリガナ		生年月日	
	氏名		明治 大昭和 平成 年 月 日	
	フリガナ			
	住所			
	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		電話番号	
	住所			
	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		令和 年 月 日 から 令和 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（受診者が18歳未満の場合記入）	氏名		
		住所		
		電話番号		
	加入医療保険に関する 事項	記号及び番号		
		保険者名		
		受診者と同一の加入		
備考				
<p>私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療費（精神通院）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 style="text-align: center;">届出者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">浜松市長 様</p>				
<p>送付先変更希望 無 ・ 有 → 宛名</p> <p style="text-align: center;">住所 〒 (-)</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、自立支援医療支給認定申請書（変更）に記載すること。