

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（更生医療）

受 診 者	フリガナ								生 年 月 日			
	氏 名								<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
	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)											
	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)											
	身体障害者手帳番号											
備 考												

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ます。  
 なお、本人および世帯員の自立支援医療給付に係る所得調査（手当等受給状況含む）・健康保険調査については同意します。

申請者氏名

令和 年 月 日

倉敷市 社会福祉事務所長 宛

- ※ 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。
- ※ 自立支援医療受給者証を添付してください。