

自立支援医療受給者証等記載事項変更届(精神通院医療)

受診者	フリガナ		性別	生年月日	
	氏名		男・女	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
	フリガナ		電話番号		
	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※1		
	住所 ※1				
	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		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・精神障害者保健福祉手帳の番号					
備考					
<p>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、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令(平成18年政令第10号)第32条第1項の規定により届け出ます。</p> <p>届出者氏名</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">岡山県知事 岡山県精神保健福祉センター所長 殿</p>					

※1 受診者本人と異なる場合に記入

※ 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。