

| 自立支援医療受給者証等記載事項変更届（ <u>育成医療</u> ・更生医療・精神通院）                                                 |                                            |                         |  |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------|--|---------------------------|
| 受<br>診<br>者                                                                                 | フリガナ                                       | ナラ サクラ                  |  | 生年月日                      |
|                                                                                             | 氏 名                                        | 奈良 桜                    |  | <u>平成</u> ○年 △ 月 ×日<br>令和 |
|                                                                                             | フリガナ                                       | ナラシサンショウホンマチ            |  |                           |
|                                                                                             | 住 所                                        | 奈良市三条本町〇〇               |  |                           |
| 保<br>護<br>者<br>（<br>受<br>診<br>者<br>が<br>1<br>8<br>歳<br>未<br>満<br>の<br>場<br>合<br>記<br>入<br>） | フリガナ                                       | ナラ イチロウ                 |  | 続柄                        |
|                                                                                             | 氏 名                                        | 奈良 一郎                   |  | 父                         |
|                                                                                             | フリガナ                                       | 受診者と異なる場合に記入。           |  |                           |
|                                                                                             | 住 所                                        |                         |  |                           |
|                                                                                             | 個人番号                                       | お持ちの受給者証の番号を記入。         |  |                           |
| 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<br>更<br>内<br>容                                                                            | 事 項                                        | 変 更 前                   |  | 変 更 後                     |
|                                                                                             | 受診者に関する事項<br>（氏名・住所・電話番号）                  | 奈良 花子                   |  | 奈良 桜                      |
|                                                                                             | 保護者に関する事項<br>（氏名・住所・電話番号）                  | 該当する欄に記入。               |  |                           |
|                                                                                             | 被保険者に関する事項<br>（記号及び番号・保険者名・<br>受診者と同一の加入者） |                         |  |                           |
|                                                                                             | 身体障害者手帳・精神障<br>害者保健福祉手帳番号                  |                         |  |                           |
| 備 考                                                                                         |                                            |                         |  |                           |
| 私は、自立支援医療支給認定申請書及び自立支援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。                                    |                                            |                         |  |                           |
| 届出者氏名                      奈良 一郎                                                            |                                            |                         |  |                           |
| 令和 ○○年 □ 月 △ 日                      （宛先） 奈 良 市 長                                            |                                            |                         |  |                           |

※ 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。