

自立支援医療受給者証等記載事項変更届 (育成医療・更生医療)					
受診者	フリガナ 受診者氏名		年齢	歳	生年月日 年 月 日
	フリガナ 受診者住所				電話番号
	個人番号				
受診者が 18 歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名				受診者との続柄
	フリガナ 保護者住所※1				電話番号 ※1
	保護者個人番号				
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号		保険者名		
	受診者と同一保険の加入者				
	受診者と同一保険の加入者個人番号				
	該当する所得区分	生保・低 1・低 2・中間 1・中間 2・一定以上		重度かつ継続	該当・非該当
身体障害者手帳番号		その他の障害者手帳番号			
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)				
	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者)				
身体障害者手帳番号					
受給者番号					
受給者証の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで				
<p>私は、自立支援医療費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。</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: center;">宇部市長 様</p>					

※1 受診者本人と異なる場合に記入