

自立支援医療受給者証等記載事項変更届出書（更生医療）

受診者	フリガナ		生年月日
	氏名		年 月 日
	住所		電話番号
	個人番号		
自立支援医療費受給者番号			
受給者証の有効期限		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)		
	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)		
	身体障がい者手帳番号		
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（変更認定）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: right;">届出者氏名</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>宮崎市福祉事務所長 殿</p>			

注 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、自立支援医療費支給認定（変更認定）申請書に記載してください。