

自立支援医療（育成医療）受給者証等記載事項変更届

受給者証 番 号	負担者番号								受診者 氏 名	
	受給者番号									
生年月日	年	月	日生	電話番号	()					
現住所	郵便番号 ー 東京都 世田谷区 丁目 番 号									

下記の欄は、変更事項のみ記入してください。

										変更年月日	年 月 日		
変 更 事 項	受 診 者	フリガナ											
		氏 名	姓						名				
		郵便番号				ー				電話番号	()		
		住 所	東京都 世田谷区 丁目 番 号										
	保 険 等	変更有	※保険等に変更がある場合は、マイナ保険証等の写しをご提出ください。 マイナ保険証等の写しとは、有効期限内の健康保険証の写し、資格確認書の写し、マイナポータル画面から保険情報を印刷したもののいずれかを指します。										
		☐											
	申 請 者	フリガナ								受診者との 関係			
		氏 名	姓						名				
		郵便番号				ー				電話番号	()		
		住 所	東京都 世田谷区 丁目 番 号										

上記のとおり変更しましたので、障害者自立支援法施行令第 32 条第 1 項の規定により届け出ます。

年 月 日

届出者氏名（自署又は記名押印） 受診者との続柄 ()

世 田 谷 区 長 あて

受理年月日	年 月 日	収受印欄	
-------	-------	------	--

※ 自己負担上限額（所得区分及び重度勝つ継続の有無）、治療内容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（育成医療）支給認定変更申請書（第 7 号様式）に記載すること。