

第 8 号様式（第 5 条関係）

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 | | | | | | | | | |
| 更 事 項 | 保 険 等 | 記号 | | | | 番号 | | | 保険者番号 | | | |
| | | 保護者と同一保険の加入者 | | | | | | | | | | |
| 項 申 請 者 | 受 診 者 の 関 係 | フリガナ | | | | | | | 受診者との 関係 | | | |
| | | 氏 名 | 姓 | | | | | 名 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | | 郵便番号 | | | ー | | | 電話番号 | () | | | |
| | | 住 所 | 東京都 世田谷区 丁目 番 号 | | | | | | | | | |

(注) 受診者氏名、住所を変更したときは、住民票の写し（続柄の記載のあるもの）を添付してください。

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）

受診者との続柄 ()

世 田 谷 区 長 あて

| | | | | | |
|-------|---|---|---|------|--|
| 受理年月日 | 年 | 月 | 日 | 收受印欄 | |
|-------|---|---|---|------|--|

※ 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（別記第 7 号様式）に記載すること。