

自立支援医療受給者証（育成医療・更生医療）記載事項変更届

受診者	フリガナ											個人番号												
	氏名																							
	住所																							
	生年月日	年	月	日	年齢	歳	電話番号																	
保護者※	フリガナ											受診者との関係												
	氏名											個人番号												
	住所																							
受給者番号																								
受給者証の有効期間		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)																							
	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)																							
	被保険者証に関する事項 (記号・番号・保険者名)	(記号)										(記号)												
		(番号)										(番号)												
		(保険者名)										(保険者名)												
<p>私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療支給認定申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり届出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>届出者氏名</p> <p>福島市福祉事務所長</p>																								

(注意) 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(更生医療)支給認定申請書(変更)により手続きを行ってください。

※1 受診者が18歳未満の場合は、記入する。

----- 【職責記入欄】 ----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

被保険者証変更による 所得区分	前回所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上
	今回所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間3 ・ 一定以上
備考		