

自立支援医療（育成医療）受給者証等記載事項変更届			
受 診 者	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
	フリガナ		
	住 所	(〒                      )	
	個人番号		
保 護 者  (受診者が 18歳未満の 場合記入)	フリガナ		続 柄
	氏 名		
	フリガナ		
	住 所	(〒                      )	
	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
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 (記号及び番号・保険者名・ 受診者と同一の加入者名)		
	身体障害者手帳・精神障害 者保健福祉手帳番号		
	その他		
備 考			
<p>私は、自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更・他市町村からの転入）及び自立支援医療受給者証（育成医療）に記載された内容の変更について、上記のとおり届け出ます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">届出者氏名</p> <p>大牟田市長 様</p>			

※ 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（育成医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更・他市町村からの転入）に記載すること。