

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	オオムタ ダイ	性別	生年月日					
	氏名	大牟田 大	男・女	平成15年10月 1日					
	フリガナ								
	住所	( 〒836-0843 ) 大牟田市不知火町1-5-1							
	個人番号								
保護者 (受診者が18歳未満の場合記入)	フリガナ	オオムタ ハジメ	続柄						
	氏名	大牟田 一	父						
	フリガナ								
	住所	( 〒 - )							
	個人番号								
自立支援医療費受給者番号	0	5	1	3	1	3	5	/	
受給者証の有効期限	平成26年 4月 7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)	全国健康保険協会 福岡支部 777777-1			大牟田市 40000				
	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	変更内容の記載をお願いします。								
<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。