

自立支援医療(育成医療・更生医療)受給者証等記載事項変更届出書

受 診 者	ふりがな											生 年 月 日		
	氏 名											年 月 日		
	ふりがな													
	住 所													
	個人番号													
保護者(受診者が18歳未満の場合記入してください。)		ふりがな											続柄	
		氏 名												
		ふりがな												
		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 (記号及び番号、保険者名、受診者と同一の加入者)													
	身体障害者手帳番号													
備 考														
<p>自立支援医療(育成医療・更生医療)受給者証及び野田市自立支援医療費(育成医療・更生医療)支給認定(再認定、変更認定)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け出ます。</p> <p>届出者氏名 <span style="float: right;">㊟</span></p> <p>年 月 日 <span style="float: right;">(宛先)野田市長</span></p>														

※ 自己負担上限額の変更(所得区分又は重度かつ継続の該当若しくは非該当の変更)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、野田市自立支援医療費(育成医療・更生医療)支給認定(再認定、変更認定)申請書に記載すること。

※ 医療受給者証を添付してください。