

別記第28号様式の2（第10条関係）

自立支援医療（更生）受給者証等記載事項変更届出書

受 診 者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名	個人番号：	男・女	年 月 日
	住所			
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）	フリガナ		続柄	
	氏名	個人番号：		
	住所			
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・個人番号）			
	保護者に関する事項 （氏名・住所・個人番号）			
	被保険者証に関する事項 （記号及び番号・保険者名・受診者同一の加入者）			
	身体障害者手帳・ 精神障害者 保健福祉手帳番号			
教 示				
<p>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、上記のとおり届け出ます。</p> <p>音更町長 宛て</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">届出者氏名 印</p>				

※自立支援医療受給者証を添付してください。