

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（精神通院）			
受診者	フリガナ		生年月日
	氏名		年 月 日
	住所	〒	電話番号
	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		
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 受診者と同じ	電話番号
	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		から	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・氏名フリガナ・住所・電話番号)		
	保護者に関する事項 (氏名・氏名フリガナ・住所・電話番号)		
	加入医療保険に関する事項 (記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者)		
	精神障害者保健福祉手帳番号		
備考			
<p>私は、自立支援医療受給者証(精神通院)及び自立支援医療費(精神通院)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 style="text-align: center;">届出者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">島根県知事 殿</div> </div>			

※ 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、自立支援医療支給認定申請書（変更）に記載すること。

【受給者証の送付先】	〔住所〕	※3の場合は、医療機関名を記入すること。
	〒	〔医療機関名〕
〔該当番号に○すること〕	( )	( )
1 申請者本人		
2 家族	※2, 4の場合は、宛先人の氏名と続柄を記入すること。	
3 受診する医療機関	〔氏名〕	〔受診者との続柄〕
4 その他	( )	( )