

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		平成 令和 年 月 日
	住所	〒	
	個人番号		

保 護 者	フリガナ		受診者との続柄
	氏名		
	住所	〒	
	個人番号		

公費負担者番号	1	6	2	8	6	0	5	6	
自立支援医療費受給者番号									

受給者証の有効期間	令和 年 月 日 から 令和 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又は 精神障害者保健福祉手帳番号		

備考	
----	--

自立支援医療（育成医療）受給者証及び自立支援医療書（育成医療）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。

尼崎市長 様

令和 年 月 日

届出者氏名

提出される個人番号は、自立支援医療費（育成医療）支給認定に係る事務のために利用されます。