

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）														
	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）														
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費（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。															