



自立支援医療（精神通院）受給者証記載事項変更届

| | | | | | |
|-------------------------------|---|---------------------|------|----------------------|-----------------|
| 受診者 | フリガナ | | | 生年月日 | |
| | 氏名 | | | 大正・昭和 平成・令和 西暦 | 年 月 日 |
| | 住所 | | | | |
| 保護者 (受診者が 18才未満 の場合) | フリガナ | | | 個人番号 | 受診者 との 続柄 |
| | 氏名 | | | | |
| | 住所 | | | | |
| 受給者番号 | | ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● | 有効期限 | 年 月 日 | |
| 受給者証の有効期間 | | 年 月 日から | | 年 月 日 | |
| 変更内容 | 事項 | 変更前 | 変更後 | | |
| | 受診者に関する事項 (氏名, 住所等) | | | | |
| | 保護者に関する事項 *受給者証に 保護者を記載 していた場合 | | | | |
| | 被保険者証に関する事項 (記号・番号, 保険 者名, 加入者等) | | | | |

私は、自立支援医療費（精神通院）受給者証及び自立支援医療費（精神通院）受給者認定申請書に記載された事項について、上記のとおり届け出ます。

個人番号（ ）

氏名

(自署又は記名押印)

年 月 日

鹿児島県知事 殿