

自立支援医療（育成医療）受給者証等記載事項変更届

年 月 日

長野市長 様

〒 ー

住 所

申請(保護)者 氏 名

電話番号 ()

自立支援医療受給者証及び自立支援医療費支給認定申請書に記載された事項の変更について届出ます。

受診者	ふりがな		生 年 月 日	
	氏 名		年 月 日 (満 歳)	
	住 所			
保護者	氏 名		受診者との関係	
	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	変更事項 (該当する番号に○印をつけてください。)	1. 受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号) 2. 保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号) 3. 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) 4. 身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳番号		
	変 更 前		変 更 後	
備考				

注) 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 (育成医療) 支給認定申請書により申請してください。

(添付書類) 自立支援医療受給者証