

## 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歳未満の場合のみ記入）		フリガナ											続 柄
		氏 名											
		住 所											
		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		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）												
精神障害者保健福祉手帳番号													
備 考													
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。										市町村受付印			
届出者氏名													
令和 年 月 日													
田辺市長 あて													

※ 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、自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書（変更）に記載すること。  
受診者が18歳未満の場合、届出者は保護者となります。