

記入例					自立支援医療受給者証等記載事項変更届（ 育成医療 ）				
受 診 者	フリガナ	ホケン タロウ			性別	生年月日			
	氏 名	保健 太郎			男・女	平成 令和	1 年 5 月 1 日		
	フリガナ	トヤマシニナガワ							
	住 所	富山市 蛭川 4 5 9 - 1							
	個人番号	000000000000							
保 護 者	フリガナ	ホケン イチロウ			続柄				
	氏 名	保健 一郎			父				
	フリガナ	受診者本人と異なる 場合に記入							
	住 所								
	個人番号	保護者の個人番号を記入			1111111111				
自立支援医療費受給者番号		現在お持ちの受給者証 をお持ち受給者番号・有 効期間を記入							
受給者証の有効期間		年 月 日 から 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)	富山市蛭川 4 5 9 - 1 0 7 6 - 4 2 8 - 〇 〇 × ×			富山市新桜町 7 - 3 8 0 7 6 - 4 3 1 - 〇 〇 〇 〇				
	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・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及び自立支援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。									
届出者氏名		保健 一郎							
令和 1 年 5 月 1 0 日		窓口に来所される方の氏 名を記入							
(宛先) 富山市保健所長									

※ 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、自立支援医療支給認定申請書（変更）に記載すること。