

様式第8号(第5条関係)(用紙 日本産業規格A4縦型)

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				
	フリガナ							電話番号				
	住 所	(〒 -)										
	個人番号											
保護者(受診者が18歳未満の場合記入)		フリガナ							続柄			
		氏 名										
		フリガナ							電話番号			
		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		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)	(〒 -)					(〒 -)					
	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)											
	精神障害者保健福祉手帳番号											
	負担上限月額に関する事項											
備 考												
<p>私は、自立支援医療受給者証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。</p> <p style="text-align: center;">届出者氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 精神保健福祉センター所長 様</p>												

※ 負担上限額(所得区分及び重度かつ継続該当・非該当)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)を併せて提出すること。