

第6号様式(第6条関係)

自立支援医療受給者証(育成医療)記載事項等変更届			
受 診 者	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
	フリガナ		
	住 所		
保 護 者	フリガナ		続柄
	氏 名		
	フリガナ		
	住 所 ※1		
交付番号		第	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 ※ 2	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)		
	身体障害者手帳・精神障 害者保健福祉手帳番号		
備 考			
<p>私は、自立支援医療受給者証(育成医療)及び自立支援医療費(育成医療)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。</p> <p>届出者氏名 (申請者氏名)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">日進市長 あて</p>			

※1 受診者本人と異なる場合に記入。

※2 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(育成医療)支給認定申請書(変更)に記載すること。