（用紙　日本工業規格Ａ４縦長型）

|  |
| --- |
| 更生医療に係る自立支援医療受給者証等記載事項変更届出書 |
| 受　診　者 | フリガナ |  | 性　別 | 生　年　月　日 |
| 氏名 |  | 男・女 | 年　　　月　　　日　 |
| フリガナ |  |
| 住所 |  |
| 保護者（受診者が18歳未満の場合記入） | フリガナ |  | 受診者との続き柄 |
| 氏名 |  |  |
| フリガナ |  | 電話番号 |  |
| 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 | 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 |  |
| 　上記のとおり更生医療に係る自立支援医療受給者証等記載事項の変更について届け出ます。　　　　　　年　　月　　日　秦野市福祉事務所長　様　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　　所受診者との続き柄　　　　　　　　　　氏　　　　　　名　　　　　　　　　　 |

　備考　「保護者（受診者が18歳未満の場合記入）」欄中「住所」欄及び「電話番号」欄は、受診者の住所及び電話番号と異なる場合に記入してください。