

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（育成医療） ※1

受 診 者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
者	フリガナ			
	住所	〒		
保 護 者	フリガナ		続柄	
	氏名			
	フリガナ			
	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)		年 月 日 ※2	
	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)		年 月 日 ※2	
	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)		年 月 日 ※2	
	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

(続 柄)

()

年 月 日

北海道知事

様

注 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、別紙様式第1号に記載してください。

※1 自立支援医療受給者証（育成医療）の写しを添付してください。

※2 変更年月日を記入してください。