

自立支援医療費（更生医療）支給認定申請内容変更届

受 診 者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	住所			
保 護 者	フリガナ		続柄	
	氏名			
	住所			
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	変更年月日	年 月 日		
	変更事項	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)			
	身体障害者手帳番号			
備考				
美瑛町長		様	年 月 日	
自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定申請書に記載した事項に変更があったので、届け出ます。				
届出者氏名		印		

(注) 1 「保護者」欄は、受診者が18歳未満の場合に記載してください。

2 受給者証を添付してください。