

別記様式第23号（第18条関係）

自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定申請内容変更届

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		
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			
<p>美瑛町長 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>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。</p> <p>届出者氏名</p>			

(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。