

自立支援医療（精神通院医療）受給者証等記載事項変更届										
受 診 者	フリガナ							生年月日		
	氏 名							年	月	日
	住 所	〒						電話番号		
	電子メール				個人番号					
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）	フリガナ							受診者との続柄		
	氏 名									
	住 所 ※1	〒						電話番号 ※1		
	電子メール				個人番号					
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	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・電子メール）									
	保護者に関する事項 （氏名・住所・電話番号・電子メール）									
加入医療保険に関する事項（記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者）										
備 考										
<p>自立支援医療（精神通院医療）受給者証及び自立支援医療費（精神通院医療）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 style="text-align: center;">届出者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">兵庫県知事 様</p>										

- (注) 1 自己負担上限額（所得区分及び高額治療継続者該当・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、自立支援医療費支給認定申請書（変更）に記載すること。
- 2 ※1の欄は受診者本人と異なる場合に記入すること。
- 3 ※2の欄は、記入しないこと。

受理機関名 ※2		受理年月日			
		年	月	日	
精神保健福祉センター ※2		年	月	日	