様式第２７号(第２５条関係)

自立支援医療受給者証等記載事項変更届出書(更生医療)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |
| 保護者(受診者が十八歳未満の場合記入) | | | フリナガ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 続　　柄 | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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) | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 自立支援医療受給者証(更生医療)及び自立支援医療支給認定申請書(更生医療)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。    対馬市福祉事務所長　様  令和　　年　　月　　日  届出者氏名　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※　自己負担上限(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、支給認定の変更を行うため、自立支援医療費(更生医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更)に記載すること。

※　自立支援医療受給者証(更生医療)を添付してください。