

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)	フリガナ		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				
<p>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。</p> <p>対馬市福祉事務所長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">届出者氏名 <span style="float: right;">(印)</span></p>				

※ 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。