様式9

自立支援医療受給者証(精神通院)等記載事項変更届

年　　月　　日

愛 知 県 知 事 殿

申請者氏名

私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療費支給認定申請書に記載された事項の変更について、次のとおり届け出ます。

受診者	フ リ ガ ナ		生 年 月 日	
	氏　　名		年　月　日	
	フ リ ガ ナ			
	住　　所	〒　－		
	個 人 番 号			
保護者 (受診者が18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			

	事 項	変 更 前	変 更 後
変更内容	受診者に関する事項 (氏名・住所)		(氏名変更の場合はフリガナを記載すること。)
	保護者に関する事項 (氏名・住所)		(氏名変更の場合はフリガナを記載すること。)
	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)		
	精神障害者保健福祉手帳番号		
備 考			

※市町村受付欄		※県受付欄	

備考 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。
2 氏名、住所、被保険者証に関する事項の変更の場合は、受給者証を添付すること。
3 自己負担上限額(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、自立支援医療費支給認定申請書(変更)を提出すること。
4 ※は記入しないこと。