

別記様式第9号（第19条関係）

自立支援医療（育成医療）受給者証等記載事項変更届出書

|                                                        |                                       |                 |     |         |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------|-----|---------|
| 受<br>診<br>者                                            | フリガナ                                  |                 | 性 別 | 生 年 月 日 |
|                                                        | 氏 名                                   |                 | 男・女 | 年 月 日   |
|                                                        | 住 所                                   |                 |     |         |
|                                                        | 個 人 番 号                               |                 |     |         |
| 保 護 者                                                  | フリガナ                                  |                 |     | 続柄      |
|                                                        | 氏 名                                   | ㊦               |     |         |
|                                                        | 住 所                                   |                 |     |         |
|                                                        | 個人番号                                  |                 |     |         |
| 自立支援医療費受給者証番号                                          |                                       |                 |     |         |
| 受給者証の有効期間                                              |                                       | 年 月 日から 年 月 日まで |     |         |
| 変<br>更<br>内<br>容                                       | 事 項                                   | 変 更 前           |     | 変 更 後   |
|                                                        | 受診者に関する事項<br>（氏名・住所・電話番号）             |                 |     |         |
|                                                        | 保護者に関する事項<br>（氏名・住所・電話番号）             |                 |     |         |
|                                                        | 被保険者証に関する事項<br>（記号及び番号・保険者名・受診者との加入者） |                 |     |         |
| 備 考                                                    |                                       |                 |     |         |
| 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、上記のとおり届け出ます。 |                                       |                 |     |         |
| 届出者氏名 ㊦                                                |                                       |                 |     |         |
| 令和 年 月 日 東広島市福祉事務所長 様                                  |                                       |                 |     |         |

注1 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（育成医療）支給認定変更申請書を提出すること。

2 医療受給者証を添付してください。