

自立支援医療受給者証等記載事項変更届出書（精神通院医療）				
受診者	フリガナ氏名		生年月日	
			年 月 日	
	フリガナ居住地		連絡先 (電話番号)	
	個人番号			
保護者 (受診者が18歳未満の場合に記入すること。)	フリガナ氏名		続 柄	
	フリガナ居住地		連絡先 (電話番号)	
	個人番号			
自立支援医療受給者番号				
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・居住地・連絡先(電話番号))			
	保護者に関する事項 (氏名・居住地・連絡先(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				
私は、自立支援医療受給者証及び自立支援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。 届出者氏名 ㊟ 年 月 日 愛媛県知事 様				

注 1 用紙の大きさは、日本工業規格 A 4 とすること。
2 不要の文字は、抹消すること。
3 記名押印に代えて署名することができる。
4 変更した事項とその変更内容を証する書類を添付すること。
5 負担上限月額に関する事項（所得区分及び重度かつ継続の該当・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（精神通院医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更・転入）に必要事項を記載して提出すること。