

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（精神通院医療）														
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														
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)													
	精神障害者保健福祉手帳 番号・身体障害者手帳													
備 考														
上記のとおり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の記載事項に変更があったので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第 32 条第 1 項の規定により届け出ます。 年 月 日 届出者氏名 ⑩ (連絡先電話番号： — —) 山形県知事 殿														

※ 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）に記載すること。

※ 署名した場合は、押印を省略することができる。

(市町村記入欄)

本人確認