様式第６号（第９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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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） |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 備　　　　考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 私は、自立支援医療（育成医療）受給者証及び自立支援医療費（育成医療）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　　　　　岩国市福祉事務所長　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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）支給認定申請書の（変更）に記載してください。

自治体記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出受付年月日 |  | 備　考 |  |