

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	
---------	--	-----	--