

自立支援医療（精神通院医療）受給者証等記載事項変更届

届出日 年 月 日

神戸市長 宛

私は、次のとおり、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に記載された事項の変更について、届け出ます。

受 診 者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏 名			大正 昭和 平成 令和	
	住 所			電話 () -	
保護者(受診者が18歳未満の場合のみ記入)	フリガナ			受診者との関係(続柄)	
	氏 名				
	住 所			電話 () -	
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)			年 月 日変更 ※1	
	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)			年 月 日変更 ※1	
	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)			年 月 日変更 ※1	
備 考					

※1 変更の年月日を記入してください。

注: 本届には自立支援医療受給者証を添付してください。