

自立支援医療（精神通院）受給者証記載事項変更届

受診者	フリガナ			生年月日	
	氏名			大正・昭和 平成・令和 西暦	年 月 日
	住所				
保護者 (受診者が 18才未満 の場合)	フリガナ			個人番号	受診者 との 続柄
	氏名				
	住所				
受給者番号		● ● ● ● ● ● ● ● ● ●	有効期限	年 月 日	
受給者証の有効期間		年 月 日から		年 月 日	
変更内容	事項	変更前	変更後		
	受診者に関する事項 (氏名, 住所等)				
	保護者に関する事項 *受給者証に 保護者を記載 していた場合				
	被保険者証に関する事項 (記号・番号, 保険 者名, 加入者等)				

私は、自立支援医療費（精神通院）受給者証及び自立支援医療費（精神通院）受給者認定申請書に記載された事項について、上記のとおり届け出ます。

個人番号（ ）

氏名 ㊟

(記名押印または自署)

年 月 日

鹿児島県知事 殿