

様式第8号(第5条関係)(用紙 日本産業規格A4縦型)

自立支援医療受給者証等記載事項変更届(精神通院)													
受 診 者	フリガナ							生年月日					
	氏 名							年 月 日					
	フリガナ							電話番号					
	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							電話番号					
	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)												
	加入医療保険に関する事項 (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												
	負担上限月額に関する事項												
備 考													
私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療費(精神通院)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 精神保健福祉センター所長 様													

※ 負担上限額(所得区分及び重度かつ継続該当・非該当)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(精神通院)支給認定申請書(変更)を併せて提出すること。