様式第3号(第4条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療受給者証等記載事項変更届(育成医療) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | 性別 | | | 生年月日 | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | 男・女 | | | 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) |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 身体障害者手帳 |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 私は、自立支援医療受給者証(育成医療)及び自立支援医療費(育成医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更)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。  　小山市長　　　　　　　　　　　　　様  年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※　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、自立支援医療支給認定申請書(変更)に記載すること。