

|                                                          |                                             |                         |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                 |  |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|---------------------------------|--|
| 自立支援医療受給者証等記載事項変更届（精神通院）                                 |                                             |                         |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                 |  |
| 受<br>診<br>者                                              | フリガナ                                        |                         |  |  |  |  |       |  |  |  |  | 生年月日                            |  |
|                                                          | 氏 名                                         |                         |  |  |  |  |       |  |  |  |  | 明 治<br>大 正<br>昭 和<br>平 成<br>令 和 |  |
|                                                          | 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                                                |                                             | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                 |  |
| 変<br>更<br>内<br>容                                         | 事 項                                         | 変 更 前                   |  |  |  |  | 変 更 後 |  |  |  |  |                                 |  |
|                                                          | 受診者に関する事項<br>（氏名・住所・電話番号）                   |                         |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                 |  |
|                                                          | 保護者に関する事項<br>（氏名・住所・電話番号）                   |                         |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                 |  |
|                                                          | 被保険者証に関する事項<br>（記号及び番号・保険者名・<br>受診者と同一の加入者） |                         |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                 |  |
|                                                          | 身体障害者手帳・精神障<br>害者保健福祉手帳番号                   |                         |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                 |  |
| 備 考                                                      |                                             |                         |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                 |  |
| 私は、自立支援医療支給認定申請書及び自立支援医療受給者証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                                                    |                                             |                         |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                 |  |
| 令和 年 月 日                                                 |                                             |                         |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                 |  |
| 長野県知事 殿                                                  |                                             |                         |  |  |  |  |       |  |  |  |  |                                 |  |

※ 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。