

様式第22号（第15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・更生医療）			
受診者	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名	個人番号：	年 月 日
	居 住 地	〒 電話番号	
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）	フリガナ		続 柄
	氏 名	個人番号：	
	居 住 地	〒 電話番号	
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
	受給者に関する事項（氏名・居住地・電話番号）		
	保護者に関する事項（氏名・居住地・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・精神障害者保健福祉手帳番号		
備 考			
（宛先）狭山市福祉事務所長 上記のとおり届け出ます。 年 月 日 届出者氏名			

- ※ 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、自立支援医療費支給認定申請書（変更）に記載すること。
- ※ 医療受給者証を添付すること。