

自立支援医療受給者証（精神通院医療）等記載事項変更届														
受 診 者	フリガナ							生年月日						
	氏 名							年 月 日						
	フリガナ													
	住 所	〒						電話						
	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	〒						電話					
		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)													
	身体障害者手帳・精神障害者 保健福祉手帳番号													
備 考														
私は、自立支援医療受給者証（精神通院医療）及び自立支援医療費（精神通院医療）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														
群馬県知事 あて														

※ 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（精神通院医療）支給認定申請書（変更）に記載すること。