様式第５号（第４条関係）

自立支援医療（精神通院）受給者証等記載事項変更届

受診者	フリガナ		性別	生年月日
	氏　　名		男　・　女	明治 大正 昭和 平成　　年　　月　　日
	住　　所	〒		
保護者（受診者が１８歳未満の場合記入）	フリガナ			続柄
	氏　名			
	住　所	〒		
自立支援医療費受給者番号				
受給者証の有効期間	平成　　年　　月　　日　から　平成　　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）		
備　考			

私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療費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　　印

平成　　年　　月　　日

兵庫県知事　様

＊ 自己負担上限額（所得区分及び高額治療継続者該当・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。

＊ ※印の欄は、記入しないこと。

※市町名	播　磨　町
※受理年月日	平成　　年　　月　　日