

|                                                          |                                             |                          |   |  |  |  |  |  |       |  |  |                      |    |   |   |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------|---|--|--|--|--|--|-------|--|--|----------------------|----|---|---|
| 自立支援医療受給者証等記載事項変更届(精神通院) ※ 1                             |                                             |                          |   |  |  |  |  |  |       |  |  |                      |    |   |   |
| 受<br>診<br>者                                              | フリガナ                                        |                          |   |  |  |  |  |  |       |  |  | 生年月日                 |    |   |   |
|                                                          | 氏 名                                         |                          |   |  |  |  |  |  |       |  |  | 明治・大正<br>昭和・平成<br>令和 | 年  | 月 | 日 |
|                                                          | 住 所                                         | 〒                        |   |  |  |  |  |  |       |  |  |                      |    |   |   |
|                                                          | 個 人 番 号                                     |                          |   |  |  |  |  |  |       |  |  |                      |    |   |   |
| 保護者<br>(受診者が18歳未満の<br>場合記入)                              |                                             | フリガナ                     |   |  |  |  |  |  |       |  |  |                      | 続柄 |   |   |
|                                                          |                                             | 氏 名                      |   |  |  |  |  |  |       |  |  |                      |    |   |   |
|                                                          |                                             | 住 所<br>(受給者と異なる<br>場合記入) | 〒 |  |  |  |  |  |       |  |  |                      |    |   |   |
|                                                          |                                             | 保護者の個人<br>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<br>(変更のあった項目のみ記入してください。)                            | 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) |                          |   |  |  |  |  |  |       |  |  |                      |    |   |   |
|                                                          | 精神障害者保健<br>福祉手帳番号                           |                          |   |  |  |  |  |  |       |  |  |                      |    |   |   |
| 備 考                                                      |                                             |                          |   |  |  |  |  |  |       |  |  |                      |    |   |   |
| 私は、自立支援医療受給者証及び自立支援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 印 ※ 2                                              |                                             |                          |   |  |  |  |  |  |       |  |  |                      |    |   |   |
| 令和 年 月 日                                                 |                                             |                          |   |  |  |  |  |  |       |  |  |                      |    |   |   |
| (あて先) 名古屋市長                                              |                                             |                          |   |  |  |  |  |  |       |  |  |                      |    |   |   |

※ 1 自己負担上限額(所得区分及び高額治療継続該当・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、この変更届ではなく、自立支援医療(精神通院)支給認定申請書(変更)に記載してください。

※ 2 記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。