様式第19号(第14条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療受給者証等記載事項変更届(更生医療・育成医療) | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | 生年月日 | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | | | |
| 変更届を提出した者または保護者(受診者が18歳未満の場合記入) | | | フリガナ | |  | | | | | | | | | 受診者との続柄(関係) |
| 氏名 | |  | | | | | | | | |  |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | |
| 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 | 氏名 |  | | | | | | | |  | | | |
| 住所 |  | | | | | | | |  | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | |  | | | |
| 健康保険 | 被保険者等記号番号 |  | | | | | | | |  | | | |
| 保険者名 |  | | | | | | | |  | | | |
| 受診者と同一保険の加入者 |  | | | | | | | |  | | | |
| 障害者手帳 | 身体障害者手帳番号 |  | | | | | | | |  | | | |
| 障害名・障害等級 |  | | | | | | | |  | | | |
| 精神障害者保健福祉手帳番号 |  | | | | | | | |  | | | |
| 保護者 | 氏名 |  | | | | | | | |  | | | |
| 住所 |  | | | | | | | |  | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | |  | | | |
| 備考 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 私は、自立支援医療受給者証およ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。  　　　　受診者(届出者)氏名  　　　　　　　年　　　月　　　日  (あて先)大東市長 | | | | | | | | | | | | | | |

※　自己負担上限額(所得区分および重度かつ継続該当・非該当)およ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(更生医療)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してください。