様式第１９号

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　】

自立支援医療費受給者番号										

受診者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年　月　日
	住所	〒		
	個人番号		電話番号	
保護者（受診者が18歳未満の場合に記入してください。）	フリガナ		続柄	個人番号
	氏名			
	住所			
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）		
	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）		
	身体障害者手帳番号		
備考			

自立支援医療支給認定申請書及び自立支援医療受給者証の記載事項の変更について、上記のとおり届けます。

届出者　氏名　　㊞

年　月　日

（宛先）高松市長

注

1　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、自立支援医療支給認定（変更）申請書を提出してください。

2　記名押印に代えて署名することができます。

職権			
	窓口に来た人	□障がい福祉課窓口　□（　　）支所・出張所　□郵送	
	□対象者本人	□個人番号カード	□通知カード／住民票　□身分証明書（写真付）／公的証明書２点
□	□代理人（保護者含む）	□対象者本人の個人番号カード／通知カード／住民票（写しで可） □委任状／戸籍謄本／登記事項証明書／その他　□代理人の身分証明（写真付）／公的証明書２点	
	上記以外の番号確認	□申請書記載済	□個人番号カード／通知カード／住民票