（京都府提出用）

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（精神通院）

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	電話 ー ー		
	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			
	住所	電話 ー ー		
	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	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）		住所コード（市町村記入欄）
	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）		（保険証の写しを添付してください）
	その他		
変更年月日		平成 年 月 日（変更内容が複数ある場合はそれぞれの変更年月日がわかるように記載ください。）	
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

（記名押印または自筆による署名）

平成　　年　　月　　日

京都府知事様

※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））が変更される場合及び指定自立支援医療機関の変更の場合については、支給認定の変更を行うため、**自立支援医療支給認定申請書（変更）**に記載してください。

※2　受診者の居住地を管轄する市町村に提出してください。

※3　自立支援医療受給者証の写しを添付してください。