

様式第31号(第18条関係)

自立支援医療費(更生医療)変更届出書

自立支援医療受給者証等記載事項変更届(更生医療)									
受診者	フリガナ							生年 月日	年 月 日
	氏 名							個人 番号	
	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								
備 考									
私は、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 年 月 日 京丹後市長 様									

(注) 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申請書(変更)に記載すること。