

自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定変更申請書

受 診 者	ふりがな		年 齢	生年月日
	氏 名		歳	年 月 日
	個 人 番 号			
	住 所	〒	電話番号	
保 護 者	ふりがな		受診者との関係	
	氏 名			
	個 人 番 号			
	住 所	〒	電話番号	
負 担 額 に 関 す る 事 項	受診者の被保険者証の記号及び番号		保険者名	
	受診者と同一保険の加入者			
	個 人 番 号			
	該当する所得区分	生保・低所得1・低所得2・中間1・中間2・一定以上		
	重度かつ継続	該 当・非該当	「世帯」範囲の特例	申請する
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護事業者を含む。)	医療機関名	所在地・電話番号		
		(電話)		
		(電話)		
		(電話)		
変 更 年 月 日	年 月 日			
受 給 者 番 号				
(宛先) 旭川市長 自立支援医療費の支給認定の変更をしたいので、申請します。 申請者氏名 年 月 日				

- (注) 1 「保護者」欄は、受診者が18歳未満の場合に記載してください。
 2 「保護者」欄の住所及び電話番号は、受診者と異なる場合に記載してください。
 3 「負担額に関する事項」欄及び「受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む。）」欄は、変更がある場合に記載してください。
 4 受給者証を添付してください。