

自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定申請内容変更届

受 診 者	ふりがな		生年月日
	氏名		年月日
	個人番号		
	住所		
保 護 者	ふりがな		続柄
	氏名		
	個人番号		
	住所		
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	変更年月日	年 月 日	
	変更事項	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			
<p>（宛先）旭川市長</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定申請書に記載した事項に変更があったので、届け出ます。</p> <p>届出者氏名</p>			

- （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 受給者証を添付してください。