

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		性別	年齢	生年月日
	氏名		男・女	歳	年 月 日
診者	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				
護者	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)			
変更年月日	年 月 日				
受給者番号					
<p>(宛先) 旭川市長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>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。</p> <p>申請者氏名 ㊟</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 「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。