

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	あさひかわ たろう		性別	生年月日
	氏名	旭川 太郎		男・女	H1年 4月 1日
	住所	旭川市6条通9丁目			
保 護 者	ふりがな	 旭川市6条通9丁目 旭川 太郎 旭川市6条通9丁目 			続柄
	氏名				
	住所				
受給者番号		0000001			
受給者証の有効期間		平成27年 4月 1日 から 平成28年 3月 31日 まで			
変 更 内 容	変 更 年 月 日	平成27年 5月 1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)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 変更がある場所を記入 </div>			
	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					
(宛先) 旭川市長 <div style="text-align:right;">年 月 日</div> 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。					
届出者氏名		旭川 太郎 印 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 10px;"> 受診者の名前で記入 印鑑はシャチハタ以外で押 </div>			

(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。