

第2号様式(第3条関係)

自立支援医療受給者証記載事項等変更届出書							
受 診 者	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生年月日
	受診者氏名						年 月 日
	フリガナ		電話番号				
受診者住所							
	個人番号						
保 護 者	フリガナ		受診者との続柄				
	保護者氏名						
	フリガナ		電話番号				
保護者住所							
	個人番号						
自立支援医療受給者証の番号		自立支援医療受給者証の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで				
変更事項							
変更内容	変更前			変更後			
備考							
<p>精神通院医療に係る自立支援医療受給者証の記載事項等を変更したので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第32条第1項の規定により、上記のとおり届け出ます。</p> <p>届出者氏名</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">地域県民局長 殿</p>							

- 注 1 「保護者」の欄は、受診者が18歳未満の場合に記入すること。
 2 自立支援医療受給者証を添付すること。
 3 用紙の大きさは、日本工業規格A4縦長とする。