

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（精神通院）

受 診 者	フリガナ											生年月日
	氏名											年 月 日
	住所	〒										電話番号
	個人番号											
保護者 (受診者が18歳未満の 場合記入)	フリガナ											続柄
	氏名											
	住所	〒										<input type="checkbox"/> 受診者と同じ 電話番号
	個人番号											
自立支援医療費受給者番号												
受給者証の有効期間		から										まで
変 更 内 容	事項	変 更 前					変 更 後					
	受診者に関する事項 (氏名・氏名フリガナ・ 住所・電話番号)											
	保護者に関する事項 (氏名・氏名フリガナ・ 住所・電話番号)											
	加入医療保険に関する事項 (記号及び番号・保険者名・ 保険の種類・受診者と同 一の加入者)											
精神障害者保健 福祉手帳番号												
備 考		個人番号制度では、DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報を秘匿することが可能です。 マイナンバーカードをDV・虐待等の加害者が所有している場合、加害者が法定代理人である場合、マイナポータルで加害者を代理人設 定している場合のいずれかもしくは複数に該当する場合で、秘匿にすることを希望される方は右ボックスにチェックを入れてください。 ※記入いただいた情報は個人番号制度において上記情報を秘匿する措置をとるためにのみ使用します。										<input type="checkbox"/>
私は、自立支援医療支給認定申請書及び自立支援医療受給者証に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。												
届出者氏名												
年 月 日												
茨城県精神保健福祉センター長 殿												

※ 自己負担上限額（所得区分及び重度かつ継続該当・非該当）及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療支給認定申請書（変更）に記載すること。

市町村受付印