

様式第8号（規格A4）（第9条関係）

自立支援医療受給者証（精神通院医療）等記載事項変更届																									
受 診 者	フリガナ		性別	生年月日																					
	氏名		男・女	年 月 日																					
	フリガナ																								
	住所	〒 電話 群馬県吾妻郡東吾妻町大字																							
	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																							
		フリガナ																							
		住所	群馬県吾妻郡東吾妻町大字																						
		個人番号																							
自立支援医療費受給者番号		<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																							
受給者証の有効期間		年 月 日 から 年 月 日 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・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・精神障害者保健福祉手帳番号																								
備考																									
<p>私は、自立支援医療受給者証（精神通院医療）及び自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書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。</p> <p>届出者氏名 印</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">群馬県知事 様</p>																									

※ 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、自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書（変更）に記載すること。