

様式第32号(第13条関係)

自立支援医療受給者証（育成医療・更生医療）等記載事項変更届出書

受診者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名	個人番号：	男・女	年 月 日
	住所	〒		
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	〒		
自立支援医療費受給者番号			
受給者証の有効期間		年 月 日 から 年 月 日まで		
変更内容	変更年月日	年 月 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)			
	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				
<p>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の変更について、上記のとおり届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">枝 幸 町 長 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">届出者氏名 ㊟</p>				

※自立支援医療受給者証を添付してください。