

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（更生医療）												
受診者	フリガナ							生 年 月 日				
	氏 名							年 月 日				
	住 所	〒 電話番号										
公費受給者番号												
個 人 番 号												
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）											
	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）											
	身体障がい者手帳・ 精神障がい保健福祉手帳 番号											
備 考												
私は、自立支援医療受給者証及び自立支援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。 届出者氏名 _____ 年 月 日 （提出先） 大阪市 区保健福祉センター所長												

※ 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。

※ 本人が提出する場合は記入不要。

提 出 者	氏名	申請者との続柄	☐ 家族 ☐ 医療機関職員
	住所	☐ その他 ()	
		電話番号	