

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（精神通院医療）									
受 診 者	フリガナ							性別	生年月日
	氏 名							男 ・ 女	明 治 大 正 昭 和 平 成 令 和 年 月 日
	個人番号								
	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							
		個人番号							
		住 所							
医療受給者証番号									
医療受給者証の有効期間		平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 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）								
変更年月日		令和 年 月 日							
備 考									
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、自立支援医療受給者証及び自立支援医療費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 令和 年 月 日 （提出先）大阪市長									

※ 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、自立支援医療費支給認定申請書（変更）に記載すること。

※

大阪市受付印