

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（ 育成医療 ）													
受 診 者	フリガナ								生年月日				
	氏 名								平成・令和 年 月 日				
	個 人 番 号												
	住 所	〒 ー 大阪市 区											
保 護 者	フリガナ								続柄				
	氏 名												
	個 人 番 号												
	住 所	☐ 受診者住所と同じ 〒 ー											
自立支援医療費受給者番号													
受給者証の有効期間		令和 年 月 日 から 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）												
	加入医療保険に関する事項 （記号及び番号・保険者名・受 診者と同一の加入者）												
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													
令和 年 月 日													
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、自立支援医療支給認定申請書（変更）に記載すること。

保健福祉センター記載欄 《申請者の個人番号確認書類》	☐ 個人番号カード【A-O】 ☐ 通知カード【A-1】 ☐ 総合福祉システム【A-4】 ☐ 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書【A-2】
-------------------------------	---