



自立支援医療（精神通院）受給者証記載事項変更届

受診者	フリガナ						生 年 月 日		
	氏 名						大正・昭和 平成・令和 西暦	年 月 日	
	住 所								
保護者 (受診者が 18才未満 の場合)	フリガナ						個人番号	受診者 との 続 柄	
	氏 名								
	住 所								
受給者番号								有効期限	年 月 日
受給者証の有効期間		年 月 日から 年 月 日							
変 更 内 容	事 項	変更前					変更後		
	受診者に関する 事 項 (氏名, 住所等)								
	保護者に関する 事 項 *受給者証に 保護者を記載 していた場合								
	被保険者証に 関 する 事 項 (記号・番号, 保険 者名, 加入者等)								

私は、自立支援医療費（精神通院）受給者証及び自立支援医療費（精神通院）受給者認定申請書に記載された事項について、上記のとおり届け出ます。

個人番号 （ ）

氏 名

(自署又は記名押印)

年 月 日

鹿児島県知事 殿