

様式第9号(第2条関係)

自立支援医療受給者証(精神通院医療)等記載事項変更届											
受 診 者	フリガナ								生年月日		
	氏名								年月日		
	フリガナ										
	住所	〒									
	個人番号										
個人番号制度では、DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報(所在の都道府県名又は市町村名)を秘匿することが可能ですので、希望される方は右のボックスにチェックを入れてください。※記入いただいた情報は個人番号制度において上記情報を秘匿する措置をとるためにのみ使用します。											
保護者(受診者が18歳未満の場合記入すること。)		フリガナ							続柄		
		氏名									
		フリガナ									
		住所	〒								
		個人番号									
個人番号制度では、DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報(所在の都道府県名又は市町村名)を秘匿することが可能ですので、希望される方は右のボックスにチェックを入れてください。※記入いただいた情報は個人番号制度において上記情報を秘匿する措置をとるためにのみ使用します。											
受給者証の送付先	(該当番号に○をすること。)	(住所) 〒								(3の場合は、医療機関名を記入すること。) (医療機関名)	
	1 申請者本人 2 家族 3 受診する医療機関 4 その他	(2、4の場合は、宛先人の氏名と続柄を記入すること。) (氏名)								(受診者との続柄)	
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	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)										
備考		精神障害者保健福祉手帳番号									
<p>私は、自立支援医療受給者証(精神通院医療)及び自立支援医療費(精神通院医療)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。</p> <p style="text-align: right;">届出者氏名 年 月 日</p> <p>島根県知事 様</p>											

※ 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(精神通院医療)支給認定申請書(変更)に記載すること。