

支給認定申請内容変更届出書(更生医療・育成医療)

|  |                                       |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |
|--|---------------------------------------|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------|--|--|
| 受<br>診<br>者  | フリガナ                                  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日                    |  |  |
|  | 氏 名                                   |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 明治 大正 昭和<br>平成 令和 年 月 日 |  |  |
|  | フリガナ                                  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |
|  | 住 所                                   |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |
|  | 個人番号                                  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |
| 保護者(受診者が18歳未満の場合に記入してください。)  | フリガナ                                  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 続柄                      |  |  |
|  | 氏 名                                   |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |
|  | フリガナ                                  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |
|  | 住 所                                   |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |
|  | 個人番号                                  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |
| 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<br>更<br>内<br>容   | 事 項                                   | 変 更 前           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 変 更 後                   |  |  |
|  | 受診者の氏名、住所又は電話番号                       |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |
|  | 保護者の氏名、住所又は電話番号                       |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |
|  | 被保険者証の記号及び番号、保険者名又は受診者と同一の保険に加入する者の名前 |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |
|  | 身体障害者手帳又は精神障害者保健福祉手帳の番号               |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |
| 備 考  |                                       |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |
| 上記のとおり支給認定の申請内容を変更したので、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、届け出ます。 |                                       |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |
| 年 月 日  |                                       |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |
| 届出者氏名  |                                       |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |
| 妙高市長 宛て  |                                       |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                         |  |  |