

記入例
受給者証等記載事項変更届
住所 氏名が変わった場合に提出 * 受給者証の原本 変更内容が確認できる書類が必要です。

自立支援医療（精神通院医療）受給者証等記載事項変更届

届出日 令和5年 5月 5日

神戸市長 宛

私は、次のとおり、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、届け出ます。

変更後(今お住まい)の住所を記入

日中 連絡のつく 電話番号を記入

自立支援医療費受給者証に記載されている番号を記入

自立支援医療費受給者証に記載されている有効期間を記入

自立支援医療費受給者証に記載されている氏名 住所 電話番号を記入

18歳未満で 保護者の氏名 住所

変更した日を記入

変更後の名まえ 住所 電話番号を記入

受給者	フリガナ	コウベ タロウ		生年月日	
	氏名	神戸 太郎		30年 3月 3日	
住所	住所	神戸市中央区楠通3-3-3		電話 (078) 999-9999	
	保護者(受診者が18歳未満の場合のみ記入)	フリガナ		氏名	
		住所		電話 () -	
	自立支援医療費受給者番号	9 9 9 9 9 9 9			
	受給者証の有効期間	令和5年 4月 1日 から 令和6年 3月 31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)	神戸 太郎 神戸市中央区加納町6-5-1 (078) 888-8888	令和5年 8月 1日変更 ※1 神戸 太郎 神戸市中央区楠通3-3-3 (078) 999-9999		
	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)		年 月 日変更 ※1		
	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)		年 月 日変更 ※1		
	備考				

※1 変更の年月日を記入してください。

注: 本届には自立支援医療受給者証を添付してください。