様式第52号

自立支援医療受給者証等記載事項変更届出書（　育成医療　・　更生医療　・　精神通院　）															
（あて先）千葉市長　　年　月　日 下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。															
受給者番号												有効期間	年　月　日		
受診者（申請者）	フリガナ											生年月日			
	氏　名											年　月　日			
	個人番号														
	居住地														
		建物名・部屋番号等													
	連絡先	電話番号	（携帯電話など平日、日中の連絡先） ―　―									電子メールアドレス	@		
受診者が18歳未満の場合の申請者	フリガナ											続柄	受診者から見て（　　）		
	氏　名														
	個人番号														
	居住地	□　受診者と同居（記入不要） □　受診者と別居（以下に記入）													
		建物名・部屋番号等													
	連絡先	電話番号	（携帯電話など平日、日中の連絡先） ―　―									電子メールアドレス	@		
変更内容	事項	変更前										変更後			
	受診者に関する事項（氏名・居住地・電話番号）														
	保護者に関する事項（氏名・居住地・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）														
	身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳番号														
申請者と同一の場合は、以下記入不要															
届出書提出者	フリガナ											続柄	受診者から見て（　　）		
	氏　名														
	居住地	□　受診者と同居（記入不要） □　受診者と別居（以下に記入）													
		建物名・部屋番号等													
	連絡先	電話番号	（携帯電話など平日、日中の連絡先） ―　―									電子メールアドレス	@		
備　考															

※　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。