

記入例

別記第 29 号様式(第 19 条関係)

自立支援医療(更生医療)受給者証等記載事項変更届出書				
受 診 者	フリガナ	トシマ タロウ	生年月日	
	氏 名	豊島 太郎	昭和○ 年 ○ 月 ○ 日	
	個 人 番 号	他のサービスも含めて初回の申請時のみ記入してください		
	フリガナ			
	住 所	豊島区○○○ ○○○ ○-○-○		
自立支援医療費受給者番号				
受給者証の有効期間		お手元の受給者証(黄色)より転記してください		
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)	変更内容に応じてご記入ください		
	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)			
	身体障害者手帳番号			
備 考				
私は、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、上記のとおり届け出ます。 届出者氏名 豊島 太郎 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 豊 島 区 長				

※ 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。