

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（ 育成医療 ）									
受 診 者	フリガナ							生年月日	
	氏 名							H・R 年 月 日	
	住 所	〒 春日部市						電話番号	
個人番号									
保護者 (受診者が18歳未満の 場合記入)		フリガナ						続柄	
		氏 名						父 ・ 母 その他（ ）	
		住 所	〒 春日部市					☐受診者と同じ 電話番号	
								☐受診者と同じ	
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		令和 年 月 日 から 令和 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・氏名フリガナ・ 住所・電話番号)								
	保護者に関する事項 (氏名・氏名フリガナ・ 住所・電話番号)								
	加入医療保険に関する事項 (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									
<p>私は、自立支援医療支給認定申請書及び自立支援医療受給者証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>届出者氏名 令和 年 月 日</p> <p>春日部市福祉事務所長 あて</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、自立支援医療支給認定申請書（変更）に記載すること。

※ 「届出者氏名」については、保護者の氏名を記入すること。

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（育成医療）

受 診 者	フリガナ	カスカベ ハルカ										生年月日		
	氏名	春日部 遥										H・R 28年 4月 5日		
	住所	〒344-0065 春日部市 谷原1-2-4										電話番号		
												048-736-3333		
個人番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
保 護 者 (受診者が18歳未満の 場合記入)	フリガナ	カスカベ タロウ										続柄		
	氏名	春日部 太郎										父・母 その他()		
	住所	〒春日部市 <input checked="" type="checkbox"/> 受診者と同じ										電話番号		
												<input checked="" type="checkbox"/> 受診者と同じ		
個人番号		2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	
自立支援医療費受給者番号		1234												
受給者証の有効期間		令和7年9月10日 から 令和7年12月9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・氏名フリガナ・ 住所・電話番号)	春日部市中央7-2-3										春日部市谷原1-2-4		
	保護者に関する事項 (氏名・氏名フリガナ・ 住所・電話番号)	春日部市中央7-2-3										春日部市谷原1-2-4		
	加入医療保険に関する事項 (記号及び番号・保険者名・ 受診者との加入者)	春日部市国民健康保険 614 123456789										春日部健康保険組合 100 233212		
身体障害者手帳番号												変更がある箇所のみ 記入してください		
備考														

私は、自立支援医療支給認定申請書及び自立支援医療受給者証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 春日部 太郎
令和 7年 11月 14日

春日部市福祉事務所長 あて

※ 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。
※ 「届出者氏名」については、保護者の氏名を記入すること。