



自立支援医療（精神通院）受給者証記載事項変更届

受診者	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名		大正・昭和 平成・令和 西暦	年 月 日
	住 所			
保護者 (受診者が 18才未満 の場合)	フリガナ		個人番号	受診者 との 続 柄
	氏 名			
	住 所			
受給者番号			有効期限	年 月 日
受給者証の有効期間		年 月 日から 年 月 日		
変 更 内 容	事 項	変更前	変更後	
	受診者に関する 事 項 (氏名, 住所等)			
	保護者に関する 事 項 *受給者証に 保護者を記載 していた場合			
	被保険者証に 関 する 事 項 (記号・番号, 保険 者名, 加入者等)			

私は、自立支援医療費（精神通院）受給者証及び自立支援医療費（精神通院）
受給者認定申請書に記載された事項について、上記のとおり届け出ます。

個人番号 （ ）

氏 名 ⑩

(記名押印または自署)

令和 年 月 日

鹿児島県知事 殿