様式第18号（第３条関係）

自立支援医療（ 更生医療・育成医療 ）受給者証等記載事項変更届

受診者	フリガナ		性別	生年月日
	氏　　名		男・女	年　月　日
	フリガナ			
	住　　所			
	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		
	フリガナ		
	住　所		
	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	年　月　日　から　　年　月　日　まで

	事　項	変　更　前	変　更　後
変更内容	受診者に関する事項（氏名・住所・電話番号）		
	保護者に関する事項（氏名・住所・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）		
	身体障害者手帳番号		
備　考			

（宛先）春日市福祉事務所長

私は、自立支援医療費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。

年　月　日

届出者氏名　　印

※　自己負担上限額（所得区分又は重度かつ継続に該当・非該当）又は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、自立支援医療費（更生医療・育成医療）支給認定申請書により変更の申請を行うこと。