

様式第34号の2(第20条関係)

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							年 月 日	
	住所								
保 護 者	氏名							受診者との関係	
	住所							電話番号	
	自立支援医療費受給者番号								
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)								
	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									
<p>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 style="text-align: right;"> 届出者 (保護者) ㊟ *2 </p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>久喜市福祉事務所長 あて</p>									

*1 自己負担額(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(様式第30号の2)に記載すること。

*2 届出者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。