

第7号様式（第4条関係）

自立支援医療（精神通院医療）受給者証等記載事項変更届											
受診者	フリガナ						生年月日				
	氏 名						年 月 日				
	フリガナ						電話番号				
	住 所		岐阜県								
	個 人 番 号										
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）		フリガナ					受診者との関係（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									
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）										
	被保険者等に関する事項 （記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者・保険の種類）										
備 考											
自立支援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。 年 月 日 届出者氏名（受診者氏名。受診者が18歳未満の場合は、保護者氏名） 岐阜県精神保健福祉センター所長 様											

備考 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、自立支援医療費支給認定申請書による変更申請とすること。