

自立支援医療受給者証記載事項変更届（精神通院医療）													
受 診 者	フリガナ							生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和				
	氏 名								年 月 日				
	個 人 番 号												
	住 所	堺市 区 電話 ()											
保護者 (受診者が18歳未満の場合記入)		フリガナ							続 柄				
		氏 名											
		個人番号											
		住 所											
医療受給者証番号													
医療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・住所)							上記と同じ					
	保護者に関する事項 (氏名・住所)							上記と同じ					
変更年月日		令和 年 月 日											
備 考													
障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第32条第1項の規定により、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													
令和 年 月 日 堺 市 長 様													

（注意事項）

- 1 変更内容は、変更部分のみ記入してください。
- 2 受給者証は再交付されません。記載内容の書き換えをご希望の場合のみ、お手持ちの受給者証を窓口へ持参ください。
- 3 他市町村からの居住地変更の場合は、自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書を提出してください。

堺市使用欄

個人番号確認書類	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 住民票の写し等 ☐ その他 ()	受 付 者		確 認 者	
本人確認書類	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 障害者手帳 ☐ その他 ()				
受付印	受理印	備 考			
		☐ 窓口書き換え済み ☐ 郵送			