

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（精神通院） ※1

①京都市提出用 ②保健センター提出用

(宛先) 京 都 市 長	平成 年 月 日
申請者の住所 (〒 -)	申請者の氏名 (記名押印又は署名) 電話 - (受診者との関係)

受診者	フリガナ		性別	生年月日				
	氏名		男・女	大正	昭和	平成	年 月 日	
	個人番号							/
	住所							
保護者※2	フリガナ		受診者との続柄					
	氏名							
	個人番号						/	
	住所							
自立支援医療費受給者番号								
受給者証の有効期間		平成 年 月 日から		平成 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)				(〒 -)			
	保護者に関する事項 (氏名・住所)				(〒 -)			
備考								

※1 加入する健康保険，所得区分，指定自立支援医療機関の変更の場合は，「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。

※2 受診者が18歳未満の場合のみ，記入してください。