

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	令和 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・昭 平・令 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 令和 年 月 日から	平成 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)		(〒 -)	
	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。