

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 | | | | | | | | | | | 生 年 月 日 | |
| | 氏 名 | | | | | | | | | | | 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。