

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 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。