

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<br>(〒 — ) | 申請者の氏名<br><br>電話 —<br>(受診者との関係 ) |

|                  |                      |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |   |   |   |  |  |
|------------------|----------------------|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|---|---|---|--|--|
| 受<br>診<br>者      | フリガナ                 |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生 年 月 日     |   |   |   |  |  |
|                  | 氏 名                  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 大・昭<br>平・令  | 年 | 月 | 日 |  |  |
|                  | 個 人 番 号              |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |   |   |   |  |  |
|                  | 住 所                  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |   |   |   |  |  |
| 保<br>護<br>者※2    | フリガナ                 |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 受診者<br>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        |                      | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |   |   |   |  |  |
| 変<br>更<br>内<br>容 | 事 項                  | 変 更 前                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 変 更 後       |   |   |   |  |  |
|                  | 受診者に関する事項<br>(氏名・住所) |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (〒 — )      |   |   |   |  |  |
|                  | 保護者に関する事項<br>(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。