

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（更生医療）

様式第38号

受 診 者	フリガナ		生年月日	年 齢
	氏 名	個人番号：	年 月 日	歳
	住 所	〒 連絡先：		
自立支援医療費受給者番号				
受給者証の有効期間		年 月 日から	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・連絡先）			
	加入医療保険に関する 事項（記号及び番号・ 保険者名・受診者と同 一の加入者）			
	身体障がい者手帳番号			
備 考				
自立支援医療受給者証及び自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。 年 月 日 （宛先） 新座市福祉事務所長 届出者_____				

注意

- 1 変更内容の欄は、該当する事項のみ記載してください。
- 2 自己負担上限額（所得区分及び重度かつ継続該当・非該当）及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療支給認定申請書（変更）（様式第31号）に記載してください。