

様式第 28 号 (第 32 条関係)

自立支援医療受給者証申請内容変更届出書 (育成・更生医療)				
受診者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	フリガナ			
	住所			
	電話番号		個人番号	
保護者 (受診者が 18 歳未満 の場合記入)	フリガナ			続柄
	氏名			
	フリガナ			
	住所			
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・電話番号)			
	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)			
	被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者名 ・受診者と同一の加入者・ 個人番号)			
	身体障害者手帳			
備考				
<p>障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第 32 条第 1 項の規定により、申請内容の変更について、 上記のとおり届け出します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>多賀城市福祉事務所長 殿</p> <p style="text-align: center;">届出者氏名 印</p>				

※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、自立支援医療費支給認定 (変更) 申請書に記載すること。

※医療受給者証を添付してください。