自立支援医療（育成医療）受給者証等記載事項変更届

受診者	フリガナ		性別	生 年 月 日
	氏　　名		男・女	年　　月　　日
	住　　所	〒		
	個　人　番　号			

保　護　者	フリガナ		受診者との続柄
	氏　　名		
	住　　所	〒	
	個人番号		

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（住所・氏名・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）		
	身体障害者手帳番号		
備　　考			

上記のとおり、自立支援医療（育成医療）の支給認定を申請します。

申請にあたって、認定決定に必要な場合に限り、私及び家族の住民基本台帳、市民税課税台帳、公的年金の加入状況等について、官公署に対して調査を行うこと、及び決定内容について指定医療機関に対して情報提供することに同意します。

芦屋市長　宛

年　　月　　日

届出者氏名　　㊞