

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							生年月日	
	氏名	個人番号：						年 月 日	
	住所	〒							
保護者	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		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）								
備考									
<p>自立支援医療（育成医療）受給者証及び自立支援医療費（育成医療）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。</p> <p>明石市長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">届出者氏名</p>									