

# 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

(宛先) 京 都 市 長	令和 年 月 日
申請者の住所 (〒 - )	申請者の氏名 (記名押印又は署名) ↑ 削除 → (印) 電話 - (受診者との関係 )

受 診 者	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		大・昭 平・令 年 月 日
	個 人 番 号		
保 護 者※2	フリガナ		受診者 との続柄
	氏 名		
	個 人 番 号		
自立支援医療費受給者番号		← 令和のみに	← 令和のみに
受給者証の有効期間		平成 年 月 日から 平成 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)		(〒 - )
	保護者に関する事項 (氏名・住所)		(〒 - )
備 考		(コンマを点に) 「,」を「.」に	

※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。

← 「,」を「.」に

# 自立支援医療受給者証等記載事項変更届（精神通院） ※1

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 (〒 - )	申請者の氏名 (記名押印又は署名) 電話 - (受診者との関係 )

受診者	フリガナ											生年月日
	氏名											大・昭 平・令 年 月 日
	個人番号											
	住所											
保護者※2	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		平成 令和	年	月	日から	平成 令和	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)						(〒 - )					
	保護者に関する事項 (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。