|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  |  |  | |  |  | | |  |  |  | |  | | |  |  | |  | | | |  | | **伊達市** | |
| 更生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 | | | 明治・大正  昭和・平成 | | | 年　　月　　日 | | | | |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | |  | | |  |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  |
| 更生医療費受給者番号 | | | | | |  | | |  |  | |  | |  | |  |  | | |  | | |  | | | | | |
| 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） | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 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・精神障害者保健福祉手帳番号 | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 備　考 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 私は、更生医療受給者証及び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。  自立支援医療費（更生医療）支給申請の支給決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料について、各関係機関に  調査、照会、閲覧することを承諾します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 届出者氏名 | | | |  | | | | | | | | | 印 | |  | | |  |  | |  | | | |  | |  | |
| 年　　　月　　　日 | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | 伊　達　市　長 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※ | 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、更生医療支給認定申請書（変更）に記載すること | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |