様式第26（第12条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療受給者証等記載事項変更届（育成医療・更生医療） | | | | | | | | | | | | |
| 受　診　者 | フリガナ |  | | | | | | | | | 生　年　月　日 | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | 年　　月　　日 | |
| 個人番号 |  | | | | | | | | | 電話番号 |  |
| 住　　　所 |  | | | | | | | | | | |
| 保　護　者 | 氏　名　※１ |  | | | | | | | | | 受診者と の続柄  ※１ |  |
| 個人番号※１ |  | | | | | | | | | 電話番号 ※２ |  |
| 住　所　※２ |  | | | | | | | | | | |
| 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・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 |  | | | | | | |  | | | |
| 変更日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 備　考 | |  | | | | | | | | | | |
| 私は、上記のとおり自立支援医療費（育成医療・更生医療）の支給申請内容の変更を届け出ます。また、支給申請内容の確認のため、住民基本台帳等に係る公簿（世帯員を含む。）を閲覧することに同意します。  年　　月　　日  　豊橋市保健所長（福祉事務所長）様  申請者氏名　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | |

　備考　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、自立支援医療支給認定申請書（変更）に記載すること。

　※１　保護者氏名欄、個人番号欄及び受診者との続柄欄は、更生医療の場合は記入不要。

　※２　保護者住所欄及び電話番号欄は、受診者と異なる場合のみ記入する。