

自立支援医療(更生医療)記載事項変更届・再交付申請書														
受 診 者	フリガナ							年齢	歳	生年月日				
	受診者氏名									年 月 日				
	居住地・電話番号	〒 電話番号() -												
	既存の受給者番号 (現在お持ちの証)													
	個人番号													
	既存の受給者番号 の有効期限 (現在お持ちの証)	元号 年 月 日から						元号 年 月 日まで						

1 次の事項を変更したので、届け出ます。

変更年月日	元号		年		月		日
-------	----	--	---	--	---	--	---

変 更 内 容		変 更 前	変 更 後				
	氏名		カナ				
			漢字	(姓)	(名)		
	住所		札幌市 区				
	電話番号						
身体 障害者 手帳番号							
備考							

2 受給者証の再交付を申請します(失った場合以外は、受給者証を添付してください。)

理 由	1 破損	(3の場合は、事情を詳しく書いてください。)
	2 汚損	
	3 紛失	

(あて先)札幌市 区保健福祉部長 上記のとおり申請します。 申請者氏名 _____ 届出者氏名 _____ (続柄) ※1	<区記入欄>							受付印
	地区							
	NO							
	備考							

※1 申請者と同一の場合は記入不要です。
※2 変更の場合、受診者欄及び変更のある欄の全てを記入してください。
※3 居住地は、実際にお住まいの住所を記入してください。
※4 自己負担上限額(所得区分及び重度かつ継続該当・非該当)や指定自立支援医療機関の変更等、支給認定に係る変更については、自立支援医療費支給認定申請書(変更)に記載してください。