

第 19 号様式（第 12 条関係）

| 自立支援医療受給者証等記載事項変更届出書                                                                              |                                                  |                   |  |  |  |  |       |  |  |  |    |       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------|--|--|--|--|-------|--|--|--|----|-------|--|
| 受<br>診<br>者                                                                                       | フリガナ                                             |                   |  |  |  |  |       |  |  |  |    | 生年月日  |  |
|                                                                                                   | 氏 名                                              |                   |  |  |  |  |       |  |  |  |    | 年 月 日 |  |
|                                                                                                   | 個 人 番 号                                          |                   |  |  |  |  |       |  |  |  |    |       |  |
|                                                                                                   | フリガナ                                             |                   |  |  |  |  |       |  |  |  |    |       |  |
|                                                                                                   | 住 所                                              |                   |  |  |  |  |       |  |  |  |    |       |  |
| 保護者(受診者が18歳未満<br>の場合記入)                                                                           |                                                  | フリガナ              |  |  |  |  |       |  |  |  | 続柄 |       |  |
|                                                                                                   |                                                  | 氏 名               |  |  |  |  |       |  |  |  |    |       |  |
|                                                                                                   |                                                  | 個人番号              |  |  |  |  |       |  |  |  |    |       |  |
|                                                                                                   |                                                  | フリガナ              |  |  |  |  |       |  |  |  |    |       |  |
|                                                                                                   |                                                  | 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<br>更<br>内<br>容                                                                                  | 事 項                                              | 変 更 前             |  |  |  |  | 変 更 後 |  |  |  |    |       |  |
|                                                                                                   | 受診者に関する事項<br>(氏名・住所・電話番号)                        |                   |  |  |  |  |       |  |  |  |    |       |  |
|                                                                                                   | 保護者に関する事項<br>(氏名・住所・電話番号)                        |                   |  |  |  |  |       |  |  |  |    |       |  |
|                                                                                                   | 被保険者証に関する事項<br>(記号および番号・保険者<br>名・受診者と同一の加入<br>者) |                   |  |  |  |  |       |  |  |  |    |       |  |
|                                                                                                   | 身体障害者手帳・精神障<br>害者保健福祉手帳番号                        |                   |  |  |  |  |       |  |  |  |    |       |  |
| 備考                                                                                                |                                                  |                   |  |  |  |  |       |  |  |  |    |       |  |
| <p>私は、自立支援医療支給認定申請書および自立支援医療受給者証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>届出者氏名</p> <p>年 月 日 練馬区長 殿</p> |                                                  |                   |  |  |  |  |       |  |  |  |    |       |  |

※ 自己負担上限額(所得区分および重度かつ継続該当・非該当)およ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、自立支援医療費支給認定申請書(変更)に記載すること。