

第 8 号様式（第 5 条関係）

自立支援医療（育成医療）受給者証等記載事項変更届

受給者証 番 号	負担者番号							受診者 氏 名	
	受給者番号								
生年月日	年	月	日生	電話番号	()				
現住所	郵便番号 ー 東京都 世田谷区 丁目 番 号								

下記の欄は、変更事項のみ記入してください。

										変更年月日	年	月	日	
変 更 事 項	受 診 者	フリガナ												
		氏 名	姓						名					
		郵便番号			ー				電話番号	()				
		住 所	東京都 世田谷区 丁目 番 号											
更 事 項	保 険 等	記号					番号			保険者番号				
		保護者と同一保険の加入者												
項 申 請 者	受 診 者 の 関 係	フリガナ								受診者との 関係				
		氏 名	姓						名	生年月日		年	月	日
		郵便番号			ー				電話番号	()				
		住 所	東京都 世田谷区 丁目 番 号											

(注) 受診者氏名、住所を変更したときは、住民票の写し（続柄の記載のあるもの）を添付してください。

上記のとおり変更しましたので、障害者自立支援法施行令第 32 条第 1 項の規定により届け出ます。

年 月 日

届出者氏名（自署）

受診者との続柄 ()

世 田 谷 区 長 あて

受理年月日	年	月	日	收受印欄	
-------	---	---	---	------	--

※ 自己負担上限額（所得区分及び重度勝つ継続の有無）、治療内容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（育成医療）支給認定変更申請書（別記第 7 号様式）に記載すること。