市町村受付印　　センター受付印

自立支援医療（精神通院）受給者証記載事項変更届

受診者	フリガナ		性別	生年月日	
	氏名		男・女	大正・昭和 平成・西暦	年　月　日
	住所				
保護者（受診者が１８才未満の場合）	フリガナ			受診者との続柄	
	氏名				
	住所				
受給者番号			有効期限	平成　年　月　日	
受給者証の有効期間		平成　年　月　日から　平成　年　月　日			

変更内容	事項	変更前	変更後
	受診者に関する事項 （氏名，住所等）		
	保護者に関する事項 ＊受給者証に保護者を記載していた場合		
	被保険者証に関する事項 （記号・番号，保険者名，加入者等）		

私は，自立支援医療費（精神通院）受給者証及び自立支援医療費（精神通院）受給者認定申請書に記載された事項について，上記のとおり届け出ます。

氏　名　　㊞

（記名押印または自署）

年　月　日

鹿児島県知事　殿