

第6号様式(第5条関係)

支給認定申請内容変更届出書(育成医療)

記

|  |                                       |     |         |       |
|--|---------------------------------------|-----|---------|-------|
| 受給者  | フリガナ                                  |     | 性別      | 生年月日  |
|  | 氏名                                    |     | 男・女     | 年 月 日 |
|  | フリガナ                                  |     |         |       |
|  | 住所                                    |     |         |       |
|  | 個人番号                                  |     |         |       |
| 保護者(受給者が18歳未満の場合に記入してください。)  | フリガナ                                  |     | 続柄      |       |
|  | 氏名                                    |     |         |       |
|  | フリガナ                                  |     |         |       |
|  | 住所                                    |     |         |       |
|  | 個人番号                                  |     |         |       |
| 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     |       |
|  | 受給者の氏名、住所又は電話番号                       |     |         |       |
|  | 保護者の氏名、住所又は電話番号                       |     |         |       |
|  | 被保険者証の記号及び番号、保険者名又は受診者と同一の保険に加入する者の名前 |     |         |       |
|  | 身体障害者手帳又は精神障害者保健福祉手帳の番号               |     |         |       |
| 備考   |                                       |     |         |       |
| <p>上記のとおり支給認定の申請内容を変更したので、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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">村上市長 様</p> <p style="text-align: right;">届出者氏名 (印)</p> |                                       |     |         |       |