様式第6号

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（ 育成医療 ）

受診者	フリガナ		生　年　月　日
	氏　　名		平成・令和　　年　　月　　日
	フリガナ		
	住　　所	〒	
保護者	フリガナ		続　柄
	氏　　名		
	フリガナ		
	住　　所	※受診者と同じ場合は記入不要	
自立支援医療費受給者番号			
受給者証の有効期間		令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日　まで	

	事　項	変　更　前	変　更　後
変更内容	受診者に関する事項 （氏名・住所・電話番号）		
	保護者に関する事項 （氏名・住所・電話番号）		
	加入の健康保険に関する事項 （記号及び番号・保険者名・ 受診者と同一の加入者）		
備　考			

私は、自立支援医療支給認定申請書及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。

届出者氏名

令和　　年　　月　　日

（あて先）　　宇都宮市長

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

〒３２０－８５４０　宇都宮市旭１－１－５
宇都宮市　子ども部　子ども支援課