様式第23号（第19条関係）

支給認定申請内容変更届出書（更生医療）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診者 | フリガナ | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 生年月日 |
| 氏名 |  | 年　 月　 日 |
| フリガナ |  | 電話番号 |
| 住所 |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 自立支援医療費受給者番号 |  |
| 受給者証の有効期限 | 　　　　年　　　月　　　日 から　　　　年　　　月　　　日 まで |
| 変更内容 | 事項 | 変更前 | 変更後 |
| 受診者の氏名、住所又は電話番号 |  |  |
| 保護者の氏名、住所又は電話番号 |  |  |
| 加入医療保険の記号及び番号、保険者名又は受診者と同一の保険に加入する者の名前 |  |  |
| 身体障害者手帳の番号 |  |  |
| 備考 |  |
| 　上記のとおり支給認定の申請内容を変更したので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第32条第1項の規定により、届け出ます。　　　年　　　月　　　日届出者氏名　　　　　　　　　　　㊞　　燕市長　　　様 |