

(第 6 号様式)

自立支援医療費（更生医療）受給者証等記載事項変更届

受診者	フリガナ		生 年 月 日																	
	氏 名		年 月 日																	
	フリガナ		個人番号																	
	住 所		電話番号	—																
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												
	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)																			
	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)																			
	身体障害者手帳番号																			
	備 考																			
	日本医療保険料徴収法及び日本医療保険料賦課率等に関する法律（以下「保険料法」という。）第 10 条第 1 項第 2 号の 2 に基づき、上記の事項を記載する。																			
届出者氏名																				
年 月 日																				
(あて先) 京都市長																				

※ 自己負担上限月額（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。