様式Ｄ－11

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		生年月日	
	氏名		大正・昭和 平成・令和 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		個人番号	受診者との続柄
	氏名			
	住所			
受給者番号			有効期限	年　月　日
受給者証の有効期間		年　月　日から		年　月　日

	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。

個人番号　（　　）

氏　　名

（自署又は記名押印）

年　月　日

鹿児島県知事　　殿