

第6号様式(第5条関係)

支給認定申請内容変更届出書(精神通院医療)
記

受 診 者	フリガナ											生年月日		
	氏 名											年 月 日		
	フリガナ													
	住 所													
	個人番号													
保護者(受診者が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													
	被保険者証の記号及び番号、保険者名又は受診者との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														
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。														
年 月 日														
新潟県知事 様														
届出者氏名														