

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		性別	生年月日
	氏名		男・女	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				
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>新潟県知事 様</p> <p>届出者氏名 (印)</p>				