

別記様式第2号（第8条関係）

障害者自立支援医療特別対策事業受給者証等記載事項変更届

福知山市長 様

私は、次のとおり障害者自立支援医療特別対策事業受給者証及び障害者自立支援医療特別対策事業認定申請書に記載された事項の変更について届け出ます。

フリガナ 受診者氏名 (申請者)										生年月日			
	(記名押印又は自筆による署名) ⑩										年	月	日	(歳)
個人番号														
受診者住所	電話 — —													
受給者番号														
受給者証の有効期間	年 月 日 ~						年 月 日							
変更事項	変更前						変更後							
受給者の氏名														
受給者の住所														
保険証に関する事項 (※保険証の写しを添付)														
その他														

※保険証の変更により上限負担額に変更が生じる場合は、障害者自立支援医療特別対策費支給事業認定申請書に記入すること。

この申請書に記載いただいた特定個人情報（福知山市個人情報保護条例（平成16年福知山市条例第22号）第2条第5号に規定する特定個人情報をいう。）は、障害者自立支援医療特別対策費支給事業に係る事務に利用します。