

様式第 5 号(第 7 条関係)

心身障害者医療費受給資格内容等変更届出書

|      |        |      |      |     |  |
|------|--------|------|------|-----|--|
| 受給者  | 受給者証番号 |      | 氏名   |     |  |
|      | 住所     |      |      |     |  |
| 障害者  | 氏名     |      | 生年月日 | 年月日 |  |
|      | 住所     |      |      |     |  |
| 変更事項 | 変更事由   |      |      |     |  |
|      | 区分     |      |      |     |  |
|      | 氏名     |      |      |     |  |
|      | 住所     |      |      |     |  |
|      | 加入保険   | 記号番号 |      |     |  |
|      |        | 保険者名 |      |     |  |
|      |        | 摘要   |      |     |  |
|      | 備考     |      |      |     |  |

上記のとおり変更が生じたので、受給者証を添えて届け出ます。

年 月 日

七ヶ浜町長 殿

住所  
受給者  
氏名

※ 本人が手書きしない場合は、記名押印