

様式第9号(第9条関係)

重度心身障がい者医療費受給資格者異動届出書

和水町長 様

令和 年 月 日

住所
届出者
氏名

次のとおり、受給資格者に係る事項(に変更が生じた・が消滅した)ので、和水町重度心身障がい者医療費助成に関する条例第10条の規定により届け出ます。

変更	氏名	新				受給資格者番号
		旧				
変更	住所	新				
		旧				
事項	新	保険	種類		記号番号	
			被保険者名		受給資格者との続柄	
			保険者名		付加給付	
	旧	保険	種類		記号番号	
			被保険者名		受給資格者との続柄	
			保険者名		付加給付	

受給資格者の要件消滅	1 町外に転出(転出先)
	2 受給資格者の死亡()
	3 その他 ()

添付書類

- ・ 保険の変更については、医療保険の被保険者証
- ・ 受給資格者証