様式第8号(第9条関係)

重度心身障害者医療費受給資格等内容変更届

受付印

|  |  |
| --- | --- |
| 受給資格証の記号・番号 | 　 |
| 変更事項 | 区分 | 変更前 | 変更後 |
| 助成対象者 | ふりがな氏名 | 　 | 　 |
| 住所 | 　 | 　 |
| 受給者 | ふりがな氏名 | 　 | 　 |
| 生年月日 | 　 | 　 |
| 住所 | 　 | 　 |
| 助成対象者としての要件 | 　 | 　 |
| 加入保険 | 　 | 加入保険の名称 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 被保険者証の記号番号 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 被保険者の氏名 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 付加給付 | 　 | 　 | 　 |
| 銀行口座 | 銀行・支店名 | 　 | 　 |
| 　 | ふりがな名義人 | 　 | 　 | 　 |
| 口座番号 | 　 | 　 |
| 損害保険 | 　 | 　 |
| 備考 | 　 | 　 |
| 　上記のとおり変更があったので、受給資格証を添えて届け出ます。　　令和　　年　　月　　日　有田町長　様住所　　　　　　　　　　　　　　届出者　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　㊞　 |