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　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | |