

重度心身障害者医療費受給資格等内容変更届



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

