

様式第9号(第9条関係)

受 付	・	・
決 定	・	・
資格証処理	・	・
台帳処理	・	・

重度心身障害者医療費受給資格変更届				
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	氏 名		
		住 所		
		受給者との続柄		
	受給者	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		
		被保険者の住所		
		助成対象者との続柄		
		付 加 給 付		
指 定	金 融 機 関 名			
	口 座 番 号			
	口 座 名 義			
損 害 賠 償				
個 人 番 号				
<p>上記のとおり変更があったので、受給資格証を添えてお届けします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>小城市長 様</p> <p style="text-align: right;">届出者 住 所 氏 名 個人番号</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>				