

様式第8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	区 分	変 更 前	変 更 後
	助成対象者	氏 名	
住 所			
受給者との続柄			
更	受給者	氏 名	
		生 年 月 日	
		住 所	
事	助成対象者としての要件		
	加 入	加 入 保 険 の 名 称	
		記 号 番 号	
	保 険	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>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>			