

(様式第 8 号)

決						受 付	年	月	日
						決 定	年	月	日
裁						資格証処理	年	月	日
						台帳処理	年	月	日

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	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								
		附加給付								
	損 害 賠 償 額									
	口座番号									
	備 考									
上記のとおり変更があつたので、受給資格証を添えてお届けします。										
令和 年 月 日 届出者										
大町町長 様										
住所 氏 名										
印										