

様式第9号(第9条関係)

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	区 分		変 更 前		変 更 後		
	更	助対象成者	ふりがな氏名				
住 所							
事	受給者	ふりがな氏名					
		生年月日					
		住 所					
項	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					
	損害賠償						
備 考							
<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>吉野ヶ里町長 様</p> <p style="text-align: right;">提出者 住 所</p> <p style="text-align: right;">氏 名 印</p>							