

重度心身障害者医療費助成金受給資格者登録事項変更届

平成 年 月 日

西之表市長 様

届出者 住所

氏名

印

受給資格者証		記号	身（身体障害者） 知（知的障害者） 重（重複障害者）	番号	旧 新	第 第	号 号
		旧		新			
登 録	対象者	住所					
		氏名					
録	保護者	住所					
		氏名					
事 項	医療対象者に係る 保険	保険の種類	健保（政営・日雇・組合）・船保・国公		健保（政営・日雇・組合）・船保・国公		
			私学・国保（若人・退職）・後期高齢・地公		私学・国保（若人・退職）・後期高齢・地公		
		記号・番号	第	号	第	号	
	保険者の名称						
その他の事項 ()							
届出者が受給資格者と異なっているときは、その事情							
(注) 保護者が変わるときには、新保護者が対象者を監護する者となったことが確認できる資料を添えてください。							
※ 下の欄は市で記入します。							
変更年月日		平成 年 月 日		資格者証 変更交付			
決裁 年月日	平成 年 月 日	決裁欄	所長	次長	係長	係	