

様式第5号(第6条関係)

精神障害者医療費受給資格変更届

| | | | |
|-----------|--|------|-------|
| 交 付 番 号 | | | |
| 障 害 者 氏 名 | | 生年月日 | 年 月 日 |

| | | 変更後 | 変更前 | 事由 |
|-------------|-----------|-----|-----|--|
| 障 害 者 住 所 | | | | <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 住所の変更 <input type="checkbox"/> 加入医療保険の資格情報の変更 <input type="checkbox"/> 付加給付の内容の変更 |
| 受 給 者 | 氏 名 | | | |
| | 年 年 月 日 | | | |
| | 住 所 | | | |
| | 障害者との続柄 | | | |
| 加 入 医 療 保 険 | 保 険 種 別 | | | <input type="checkbox"/> 受給者の変更 <input type="checkbox"/> 振込先金融機関の変更 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 被 保 険 者 名 | | | |
| | 記 号 番 号 | | | |
| | 保 険 者 名 | | | |
| | 付 加 給 付 | | | |
| 振 込 先 口 座 | 金 融 機 関 名 | | | 事由発生年月日 年 月 日 |
| | 支 店 名 | | | |
| | 口 座 種 別 | | | |
| | 口 座 番 号 | | | |
| | 口 座 名 義 | | | |

- 注1 変更前の受給資格証を添えてください。
 2 付加給付の内容を証明する書類（付加給付に変更がある場合）
 3 通帳の写し等の振込先口座が確認できる書類（振込先口座に変更がある場合）

上記のとおり変更しましたので届け出ます。

年 月 日

届出者 住 所
 氏 名
 (受給者との続柄)
 電話番号

(あて先) 胎内市長