|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 審議員 | 課長補佐 | 係長 | 係 |
|  |  |  |  |  |

様式第9号（第9条関係）

|  |
| --- |
| 南関町　　重度心身障害者医療費受給資格者異動届出書 |
| 　南関町長　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　届出者　住所　南関町大字　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　つぎのとおり、受給資格者に係る事項（に変化が生じた・が消滅した）ので、南関町重度心身障害者医療費助成に関する条例第１０条の規定により届出ます。 |
| 変更事項 | 氏名 | 新 |  | 受給資格者番号 |
| 旧 |  |  |
| 住所 | 新 |  |
| 旧 |  |
| 保険 | 新 | 種類 |  | 記号番号 |  |
| 被保険者名 |  | 受給資格者との続柄 |  |
| 保険者名 |  | 附加給付 |  |  |
| 旧 | 種類 |  | 記号番号 |  |
| 被保険者名 |  | 受給資格者との続柄 |  |
| 保険者名 |  | 附加給付 |  |
| 受の給要資件格消者滅 | １　　　　　　　　外に転出（転出先　　　　　　　　　　　　　　　　）２　受給資格者の死亡（　　　　　　　年　　　月　　　日死亡　）３　その他　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　添付書類* 保険の変更については、医療保険の被保険者証
* 受給資格者証
 |