

様式第 6 号(第13条関係)(用紙 日本産業規格 A 4 縦型)

重度障害者(児)医療費助成金受給者証交付申請事項変更届

年 月 日

長泉町長 様

受給者 住 所
氏 名 ※
※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
個人番号

次のとおり、重度障害者(児)医療費助成金受給者証交付申請の内容に変更がありましたので、届け出ます。

受給者証		番号	第 号	
変 更 の 内 容	(1) 住所 (2) 氏名 (3) 加入医療保険 (4) 附加給付 (5) 金融機関			
	変更前			
	変更後			
変更年月日		年 月 日		

- (注) 1 変更の内容欄は、該当する事項を○で囲んでください。
2 加入保険又は附加給付に変更があった場合は、附加給付に関する証明書を添付してください。この場合は、変更前及び変更後の欄は記入不要です。
3 受給者証を添付してください。