様式第9号(第9条関係)

決裁						受付	年　月　日
						決定	年　月　日
						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				
変更事項	区分		変更前	変更後
	助成対象者	ふりがな 氏名		
		住所		
	受給者	ふりがな 氏名		
		生年月日		
		住所		
	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			

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。

年　月　日

吉野ヶ里町長　　様

提出者　住　所

氏　名　　印