

様式第4号(第10条関係)

| 重度心身障がい者医療費受給者変更届書  |               |       |    |    |     |      |       |       |  |  |  |
|---|---------------|-------|----|----|-----|------|-------|-------|--|--|--|
| 受給者   | 受給者証<br>記号・番号 |       |    |    |     |      |       |       |  |  |  |
|   | 氏名            |       |    |    |     | 生年月日 |       |       |  |  |  |
|   | 住所            |       |    |    |     |      |       |       |  |  |  |
| 変更事由  |               |       |    |    |     |      |       |       |  |  |  |
| 変更事項  | 新             |       |    |    |     | 旧    |       |       |  |  |  |
|   | 氏名            |       |    |    |     | 氏名   |       |       |  |  |  |
|   | 住所            |       |    |    |     | 住所   |       |       |  |  |  |
|   | 加入保険          | 記号・番号 |    |    |     |      | 加入保険  | 記号・番号 |  |  |  |
|   |               | 保険者名  |    |    |     |      |       | 保険者名  |  |  |  |
|   |               | 摘要    |    |    |     |      |       | 摘要    |  |  |  |
|   | 備考            |       |    |    |     | 備考   |       |       |  |  |  |
| <p>上記のとおり変更したので受給者証を添えてお届けします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>西会津町長 様</p> <p style="text-align: right;">住所<br/>届出人 氏名 <span style="float: right;">㊟</span></p> <p>(注)これ以下は記入しないで下さい。</p> |               |       |    |    |     |      |       |       |  |  |  |
| 決裁  | 課長            | 課長補佐  | 係長 | 係員 | 処理欄 | 変更   |       | 処理者印  |  |  |  |
|   |               |       |    |    |     | 年月日  | 年 月 日 |       |  |  |  |