

様式第 6 号(第 8 条関係)

重度心身障がい者医療費受給者変更届

年 月 日

内子町長 様

届出人 住 所
氏 名
(受給資格者との続柄)

受給者証 記号番号	
--------------	--

次のとおり変更しましたのでお届けします。

変 更 項 目		変 更 前	変 更 後
受 給 者 資 格 者	住 所		
	氏 名		
保 護 者 後 見 人 親 権 者	住 所		
	氏 名		
加 入 医 療 保 険	世帯主、被保険者等の 住 所		
	同 上 の 氏 名	(続柄)	(続柄)
	保 険 種 別		
	付 加 給 付		
	記 号、番 号		
障 がい の 状 況	身体障がいの程度		
	身体障がいの種別		
	知的障がいの程度		(判定機関)
変 更 年 月 日			