

(第12条関係)

重度心身障害者医療費受給者変更届

受給者番号	受給者氏名	性別	男・女
	生年月日	年	月 日
住 所	南魚沼市		
届出事項	変更年月日	年	月 日
1 氏名の変更 2 住所の変更 3 医療保険の種類又は 記載事項の変更 4 食事療養(生活療養)費 標準負担額減額認定証 の交付又は返納若しくは 認定証の記載事項の 変更 5 その他	届出理由		
変 更 事 項			
旧		新	

上記のとおり変更しましたので届け出ます。

年 月 日

住 所 南魚沼市
届出者
氏 名

(受給者との続柄)

南魚沼市長 様

- (注) 1 届出事項の該当する番号を○で囲んでください。
2 届出の理由は詳しく記載してください。
3 変更前の受給者証を添えてください。
4 記名押印に代えて署名することができます。

市役所処理欄	<input type="checkbox"/> 郵送	受付者
	<input type="checkbox"/> 訂正交付済み <input type="checkbox"/> その他()	