様式第５号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決　裁 | 課　長 | 係　長 | 合　　　議 | 受付 | 　　　　年 　　月 　　日 |
|  |  |  | 処理 | 　　年 　　月 　　日 |
| 決裁 | 　　年 　　月 　　日 |

重度心身障害者医療費受給変更届

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給資格者証記号番号 |  | 受給資格者氏名 |  |
| 男女 | 年　　月　　日 |
| 変　　更　　事　　項 | 変更事由 |  |
|  | 新 | 旧 |
| 氏名 |  |  |
| 住所 |  |  |
| 加入保険 | 記号番号 |  |  |
| 保護者名 |  |  |
| 上記のとおり変更が生じたので受給資格者証を添えてお届けします。　　　年　　　月　　　日住　所届出人氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞高原町長　　　殿 |