

重度心身障害者医療費受給者変更届

年 月 日

砥部町長 様

届出人 住 所

氏 名 ⑤

(受給資格者との続柄)

T E L -

受給者 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 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 害 の 状 況	身体障害の程度		
	身体障害の種別		
	知的障害の程度		(判定機関)
変 更 年 月 日			