

様式第5号(第6条関係)

重度心身障害者医療費受給資格内容等変更届							
神川町長 様						年 月 日	
					住所 神川町大字		
					氏名	(印)	
					(電話)	
次のとおり、変更がありましたので届けます。							
受 給 者 状 況	ふりがな 氏 名	-----			受給者証 記号番号		
	生年月日	年 月 日	住 所				
	障 害 の 状 況	身体障害者	身障手帳記号番号		程度	1級・2級 3級	
		知的障害者	療育手帳番号		程度	(A) A・B	
老人保健法 障害認定者		健康手帳(医療受 給者証)番号		程度	施行令別表 号該当		
保 護 者	氏 名				生年月日	年 月 日	
	住 所				受給者と の続柄		
加 入 医 療 保 険	世帯主・ 被保険者 組合員・ 加入者氏 名				被保険者証 の記号番号		
	保険種別	政・組・船・共・国・老					
	名 称				所 在 地		
	付加給付	有・無	支給基準				
変更年月日		年 月 日	変更事由				
決 裁					受 付	年 月 日	
					交 付	年 月 日	