

様式第9号（第9条関係）

重度心身障がい者医療費受給資格者異動届出書

氷川町長様

年月日

届出者 住 所 _____

氏 名 _____

個人番号 _____

次のとおり、受給資格者に係る事項（に変更が生じた・が消滅した）ので、氷川町重度心身障がい者医療費助成に関する条例第10条の規定により届け出ます。

変更事項	氏名	新	受給資格者番号			
		旧				
	住所	新				
		旧				
	保険	新	種類		記号番号	
			被保険者名		受給資格者との続柄	
			保険者名		付加給付	
		旧	種類		記号番号	
			被保険者名		受給資格者との続柄	
保険者名				付加給付		
受給資格者消滅	1 町外に転出（転出先） 2 受給資格者の死亡（ 年 月 日死亡） 3 その他 []					
添付書類	<ul style="list-style-type: none"> ・保険の変更については、医療保険の被保険者証 ・受給資格者証 					

※ 個人番号は受給者分のみ記入お願いします。