

様式第6号(第10条関係)

重度心身障害者医療費助成金受給資格等変更届

受給者	住所				
	氏名		生年月日		
	個人番号				
	受給者番号				
保護者	住所				
	氏名		生年月日		
	個人番号				
	受給者との続柄		職業		電話
変更事由					
変更内容		変更年月日			
(変更前)		(変更後)			
<p>上記のとおり申請事項に変更がありましたので、お届けします。 なお、加入医療保険の変更の場合は、必要に応じて上野原市長が情報連携により加入医療保険の資格情報を取得又は閲覧することに同意のうえ申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>上野原市長 様</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏名</p>					

注 受給資格者証を添付してください。

【電話番号： 】