|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 苓北町重度心身障害者医療費受給資格者異動届出書 | | |  | | |
| 苓北町長　　　　様  年　　月　　日  届出者　住所  氏名  　次のとおり、受給資格者に係る事項に変更が生じた(消滅した)ので、苓北町重度心身障害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 | |  | 受給者との続柄 | | |  |
| 保険者名 | |  | 附加給付 | |  | |
| 旧 | 種類 | |  | 記号番号 | |  | |
| 被保険者名 | |  | 受給者との続柄 | | |  |
| 保険者名 | |  | 附加給付 | |  | |
| 要件消滅 | 1　町外に転出(転出先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  　　　　　　　転出日　　　　年　　月　　日  2　死亡(　　　　　年　　月　　日死亡)  3　その他 | | | | | | | | |
| 添付書類  　・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 | | | | | | | | | |