|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 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 |