

記入例

精神障害者医療費受給資格内容等変更届						
交付番号		1 2 — 3 4 5				
受給者	ふりがな	ながおか はなこ		生年月日 昭和50年1月1日		
	氏名	長岡 花子				
	住所	長岡市大手通1丁目4番地10				
障害者本人	ふりがな	ながおか たろう		生年月日 昭和50年2月1日		
	氏名	長岡 太郎				
	住所	長岡市大手通1丁目4番地10				
変更事項	変更事由			変更年月日		
	1 氏名又は住所の変更			令和元年 5月 1日		
	2 続柄等の変更					
	3 医療保険の種類又は記載事項の変更					
	受給者	ふりがな			続柄	
		氏名				
		住所	〒			
		職業		勤務先		
	障害者本人	ふりがな			住所 〒	
		氏名				
住所		〒				
障害者の保険	被保険者氏名	長岡 花子	附加給付の状況	有 ・ 無		
	記号・番号	長岡 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9				
	保険者	長岡市				
	所在地	長岡市大手通1丁目4番地10				
上記のとおり変更しましたので届け出ます。						
令和元年 5月10日		受給者	住所	長岡市大手通1丁目4番地10		
			氏名	長岡 花子		
長岡市長 様						
*ここから下欄は記入しないでください。						

受給者について記入してください。

障害者について記入してください。

変更内容について記入してください。

受給者について記入してください。

決裁	課長	課長補佐	係長	係	起案	年 月 日
					決裁	年 月 日