

精神障害者医療費受給資格内容等変更届						
交 付 番 号		—				
受給者	ふりがな				生年月日	
	氏 名					
	住 所				年 月 日	
障害者本人	ふりがな				生年月日	
	氏 名					
	住 所				年 月 日	
変 更 事 項	変 更 事 由		1 氏名又は住所の変更 2 続柄等の変更 3 医療保険の種類又は記載事項の変更		変 更 年 月 日 年 月 日	
	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				
		氏 名				
		住 所	〒			
	障 加 害 入 者 保 険 の 険	被保険者氏名		附加給付の状況	有 ・ 無	
		記号・番号				
保 険 者						
所 在 地						
上記のとおり変更しましたので届け出ます。 年 月 日 受給者 住 所 氏 名 長岡市長 様						

*ここから下欄は記入しないでください。

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係	起案	年 月 日
					決裁	年 月 日