

記入例

様式第12号(第16条関係)

重度心身障害者医療費受給者変更届

受給者番号	受給者氏名	村上 太郎	性別	男・女
12345	生年月日	昭和40年 1月 1日		
住所	村上市三之町1番1号			
届出事項	変更年月日	令和元年10月31日		
1 氏名の変更 2 住所の変更 3 医療保険の種類又は記載事項の変更 4 食事療養(生活療養)費標準負担額減額認定証の交付又は返納若しくは認定証の記載事項の変更 5 その他	届出理由			
変 更 事 項				
旧		新		
村上市三之町2番2号		村上市三之町1番1号		

上記のとおり変更しましたので届け出ます。

令和元年11月 1日

住所 村上市三之町1番1号
届出者
氏名 村上 太郎

(受給者との続柄 本人)

(宛先)村上市長

- (注)1 届出事項の該当する番号を○で囲んでください。
2 届出の理由は詳しく記載してください。
3 変更前の受給者証を添えてください。