

第5号様式(第3条第4項)

酒々井町重度心身障害者医療費受給資格変更届

年 月 日

(あて先)酒々井町長

届出人 住所

氏名

印

個人番号																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

次のとおり届出します。

受給権者名			
公費負担者番号			受給者番号
受給権者	氏名	新	
		旧	
	住所	新	
		旧	
保護者 (通知先)	氏名	新	
		旧	
	住所	新	
		旧	
健康保険の変更	名称		
	記号 番号		
	取得	年	月 日

健康保険が変更になった場合は健康保険証の写しを添付してください。

銀行名	支店名	フリガナ 口座名義	口座番号

銀行口座変更の場合は通帳の写しを添付してください。

その他	
-----	--