

# 重度障害者医療費受給者資格 変更届

令和 年 月 日

守口市長あて

申請者 住所

氏名

受給者との続柄 ( )

電話

守口市重度障害者の医療費の助成に関する条例施行規則第15条第2項の規定により、下記の通り届け出ます。

受給者	受給者番号	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	生年月日	昭和・平成 年 月 日

●該当する事由にチェックを入れてください。

資格変更事由	<input type="checkbox"/> 保険変更		
	記号	番号	
	被保険者氏名		
	資格取得日 (認定年月日・加入年月日) 年 月 日		
	保険者番号		
	保険者名称		
<input type="checkbox"/> 住所変更(市内転居)			
新	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	旧	
<input type="checkbox"/> 氏名変更			
新	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	旧	

受付日	発行(入力)者	確認者	交付
			郵送 窓口