

重度心身障害者医療費受給者証変更届書

受給者	受給者証 記号・番号				
	氏名				
	住所				
変更理由					
変更事項	新			旧	
	氏名		氏名		
	住所		住所		
	加入保険	記号・番号		記号・番号	
		保険者名		保険者名	
		摘要		摘要	
	備考		備考		
<p>上記のとおり変更したので受給者証を添えてお届けします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>猪苗代町長様</p> <p style="text-align: right;">住所 届出人 氏名 印</p>					

(注) これ以下は記入しないでください。

決裁	課長	係長	担当	処理欄	変更年月日	令和 . .	処理者印