

重度心身障がい者医療費受給者住所等変更届  
ひとり親家庭等

令和〇〇年〇〇月〇〇日

浜中町長 様

申請者 住所 浜中町茶内栄81番地

氏名 浜中 花子

電話 〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇

対象者との続柄 本人



枠内に複数人記入の際は、受給者番号の順番で氏名及び生年月日を記入してください。

下記の理由のとおり住所等に変更がありましたのでお届けします。

記

届	受給者番号	3698521			生年月日	昭和〇〇 〇〇 〇〇			
		3698522				平成〇〇年 〇〇月 〇〇日			
		3698524				平成〇〇 〇〇 〇〇			
出	住所	新	浜中町茶内栄81番地			変更			
		旧	浜中町霧多布東4条1丁目35番地1			令和〇〇年〇月〇日			
内	氏名	新				変更			
		旧				令和 年 月 日			
容	保	新	保険者名	記号番号	附加給付	有・無			
		旧				有・無			
	者	新	被保険者(世帯主)の氏名			変更			
		旧					令和 年 月 日		
※	決	決定欄	変更年月日	台帳整理	未・済	払出簿整理	未・済	受給者証訂正(回収)	未・済

変更となる箇所のみを記入してください。

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。