

重度心身障害者医療費助成金受給者証記載事項変更届出書

年 月 日

（あて先）掛川市長

住 所  
受給者  
氏 名

次のとおり重度心身障害者医療費助成金受給者証の記載事項に変更がありましたので、届け出ます。

受 給 者 証	番 号	第 号
変 更 の 内 容	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 加入医療保険 <input type="checkbox"/> 附加給付 <input type="checkbox"/> 金融機関	
	変 更 前	
	変 更 後	
変 更 年 月 日	年 月 日	

（注）

- 1 変更の内容欄は、該当する事項を○で囲んでください。
- 2 加入医療保険又は附加給付に変更があった場合は、附加給付に関する証明書を添付してください。その場合は、変更前及び変更後の欄は記入不要です。