

別記第10号様式（第12条関係）

重度心身障害者
ひとり親家庭等 医療費受給者住所等変更届

江差町長 様

下記のとおり住所等に変更がありましたので届出いたします。

令和 年 月 日

申請者	住 所	
	氏 名	印
	電話番号	
	対象者との続柄	
	個人番号	

記

届出内容	受 給 者 氏 名						生年 月 日		年 月 日			
	受給者番号						個人番号					
	住 所	新							変更			
		旧							年 月 日			
	氏 名	新							変更			
		旧							年 月 日			
	保 険 者	新	保 険 者 名		記 号 番 号		付 加 給 付	有・無	変更			
		旧						有・無				
		新	被 保 険 者 (世帯主) の 氏 名					年 月 日				
		旧										

(注1)届出者は※欄を記入しないでください。(注2)関係欄のみ記入してください。

※確認事項	☐ 世帯状況 ☐ 生年月日 ☐ 所得状況 ☐ 生活保護							確 認 年 月 日	年 月 日	
	☐ その他 []							確 認 者	印	
※処理欄	課長		主幹		係長		係		処 理 年 月 日	年 月 日
	上記届出により次のとおり処理する。									
	変 更 年 月 日	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