

別記第10号様式 (第12条関係)

重度心身障害者 医療費受給者住所等変更届
ひとり親家庭等

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。

年 月 日

申 請 者	住 所	
	氏 名	
	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		
		旧							有・無		
		新	被 保 険 者 (世帯主)の 氏 名							変更 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	<input type="checkbox"/> 世帯状況 <input type="checkbox"/> 生年月日 <input type="checkbox"/> 所得状況 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 [確 認 年 月 日		年 月 日	
						確 認 者			

※ 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	