

重度心身障害者医療費受給者証等再交付申請事項変更（消滅）届

平成 年 月 日

六戸町長 殿

住 所

氏 名 _____ ㊞

下記のとおり、重度心身障害者医療費受給に関し交付申請並びに受給者証（決定通知書）の内容に変更がありましたので届けます。

受給者氏名				受給者番号			変更(消滅) 年 月 日
変更 の 内 容 (理由 欄)	(1) 住 所	旧				年 月 日	
		新					
	(2) 氏 名	旧				年 月 日	
		新					
	(3) 障害の 程度	旧	身体・知的・精神・愛護	級	年 月 日		
		新	身体・知的・精神・愛護	級			
	(4) 保険証	旧	記号：	番号：	保険者：	年 月 日	
		新	記号：	番号：	保険者：		
	(5) 消 滅	消滅理由：					年 月 日

- (注) 1 理由欄の該当する数字を○印で囲むこと。
2 受給者証（決定通知書）を添付すること。