

様式第 5 号(第 8 条関係)

重度心身障害者医療費受給資格認定事項等異動届

年 月 日

豊後高田市長

届出者 住所  
氏名  
電話番号

次のとおり受給者資格認定事項の異動を届け出ます。

区 分		異 動 前	異 動 後	異動日及び異動理由	
異 動 内 容	支給対象者	氏名		年 月 日	
		住所			
	受給者	氏名		年 月 日	
		生年月日			
		住所			
	保険の状況	保険者		年 月 日	
		記号番号			
		被保険者等の氏名			
		附加給付	有 ・ 無		有 ・ 無
	振込口座	金融機関名及び支店名		年 月 日	
		種別			
		口座番号			
		ふりがな 名義人			
	その他				

受給者証 記号番号	
--------------	--