

様式第 8 号（規則第 7 条関係）

重度心身障がい者医療費受給資格内容等変更届

受給者	受給者証記号番号							
	氏名							
	世帯主							
変更		旧（変更前）			新（変更後）			
住所		新座市			新座市			
氏名								
医療保険証	被 保 険 者 ・ 組 合 員 氏 名							
	記号番号							
	名称							
	所在地							
変 更 年 月 日		年 月 日						
上記のとおり登録事項に変更がありましたので、届出ます。 年 月 日 住所 届出者 氏名 (受給者との続柄) (提出先) 新座市長 (障がい者福祉課)								
決裁	課長	副課長	係長		担当	台帳	受給者証	受付