

様式第6号(第7条関係)

㊦ 重度心身障がい者等医療費助成に関する資格内容変更届				
年 月 日				
徳島県美波町長 様				
(届出人)住 所 _____ 氏 名 _____ ㊦ 受給者との続柄 _____				
重度心身障がい者等医療費助成について、美波町重度心身障がい者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則第7条の規定に基づき届けます。				
届出事項(該当に○を付する。)		届 出 理 由		
1 資 格 そ う 失 2 受 給 者 証 等 記 載 事 項 3 所 得 状 況 の 変 動		年 月 日		
受給者証等記載事項の変更	区 分		新	旧
	受給者 格を有する者	氏 名		
		住 所		
	加入医療保険	被 保 険 者 (組 合 員) 名		
		保 険 者 記 号 番 号		
保 険 者 名				
附 加 給 付 の 給 付 状 況				

注 1 受給者証等記載事項の変更の場合については、重度心身障がい者等医療費受給者証等を添付してください。(ただし第3項の届書を除く。)

なお、変更のない事項は記入の必要はありません。

2 ただし、受給者証等を添えることができない事由があるときは、その旨を明らかにすることができる申立書をもって受給者証等に代えることができる。