

重度障害者（児）医療費助成金受給資格認定申請事項変更届

年 月 日

伊豆の国市長 宛

受給者 住所
氏名
連絡先

次のとおり、重度障害者（児）医療費助成金受給資格認定申請の内容に変更がありましたので、届け出ます。

受給者証番号	第 号			
変更の内容	(1)住所 (2)氏名 (3)加入医療保険 (4)附加給付 (5)金融機関			
	変更前			
	変更後			
変更年月日	年 月 日			

(注)

- 1 変更の内容欄は、該当する事項を○で囲むこと。
- 2 加入保険又は附加給付に変更があった場合は、附加給付に関する証明書を添付すること。この場合は、変更前及び変更後の欄は記入不要
- 3 受給者証を添付すること。