

### 重度心身障害者医療費受給者変更届

年 月 日

糸魚川市長 様

届出者 住所 糸魚川市  
氏名  
(受給者との続柄 )

次のとおり変更したので届け出ます。

受給者番号	受給者氏名	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ	性別	男・女
	生年月日	年 月 日		
住所	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ 糸魚川市			
届出事項	変更年月日	年 月 日		
1 氏名の変更 2 住所の変更 3 医療保険の種類又は記載事項の変更 4 食事療養費標準負担額減額認定証の交付若しくは返納又は認定証記載事項の変更 5 その他	届出理由			
変 更 事 項				
旧		新		

- (注) 1 届出事項について、該当する項目の番号を○で囲んでください。  
2 届出理由は詳しく記載してください。  
3 変更前の受給者証を添えてください。