

精神障害者医療費受給資格内容等変更届						
交 付 番 号		—				
受給者	ふりがな			生年月日		
	氏 名					
	住 所			年 月 日		
障害者本人	ふりがな			生年月日		
	氏 名					
	住 所			年 月 日		
	個人番号					
変 更 事 項	変 更 事 由		1 氏名又は住所の変更		変 更 年 月 日	
			2 続柄等の変更		年 月 日	
			3 医療保険の種類又は記載事項の変更			
	受給者	ふりがな			続柄	
		氏 名				
		住 所	〒			
		電 話				
	障害者本人	ふりがな				
		氏 名				
		住 所	〒			
	障 加 害 入 者 保 険 の 険	障 加	被保険者氏名	附加給付の状況		有 ・ 無
		害 入	記号・番号			
者 保		保 険 者				
の 険		所 在 地				
上記のとおり変更しましたので届け出ます。						
年 月 日		受給者		住 所		
長岡市長		様		氏 名		

\*ここから下欄は記入しないでください。

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係	起案	年 月 日
					決裁	年 月 日