

様式第8号(第9条関係)

重度心身障害者医療費受給資格者異動届出書						
あさぎり町長 様						
年 月 日						
届出者 住 所 氏 名						
次のとおり、受給資格者に係る事項に(変更が生じた・が消滅した)ので、あさぎり町重度心身障害者医療費助成に関する条例第10条の規定により届け出ます。						
変 更 事 項	氏 名	新				受 給 資 格 者 番 号
		旧				
	住 所	新				
		旧				
	保 険	新	種 類		記号番号	
			被 保 険 者 名		受給資格者との続柄	
			保 険 者 名		附加給付	
		旧	種 類		記号番号	
			被 保 険 者 名		受給資格者との続柄	
			保 険 者 名		附加給付	
受給資格者の要件消滅	1 町外に転出(転出先 ) 2 受給資格者の死亡( 年 月 日死亡) 3 その他 [ ]					
添付書類  ・ 保険の変更については、医療保険の被保険者証  ・ 受給資格者証                      ・ 口座振り込み依頼書 (通帳写し)						