

様式第10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						
					年 月 日	
天草市長 様						
			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、天草市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			付加給付
		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			付加給付
受給資格者の要件消滅の	1 市外に転出(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						