

様式第9号

決 裁	係	係長	課 補	長 佐	課長	受付	年 月 日
						決 定	年 月 日
						資格証処理	年 月 日
						台帳処理	年 月 日
重度心身障害者医療費受給資格変更届							
受給資格証の記号番号							
変 更 事 項	区 分	変 更 前			変 更 後		
		助 対 象 者	ふりが 氏 名				
		住 所					
	受 給 者	ふりが 氏 名					
		生年月日					
		住 所					
	助成対象者としての要件						
	加 入 保 険	加入保険の 名 称					
		被保険者証 の記号番号					
		被保険者の 氏 名					
		附加給付額					
	損 害 賠 償 額						
	備 考						
上記のとおり変更があったので、受給資格証を添えてお届けします。							
年 月 日							
鳥栖市福祉事務所長 様							
住 所 届出者 氏 名							