

様式第 7 号

重度心身障害者医療費受給資格変更届								
受給資格証の番号								
変更事項	区	分	変	更	前	変	更	後
	受給者	ふりがな氏名						
		住所						
	手帳情報							
	医療保険	名称						
		記号番号						
		被保険者の氏名						
		附加給付額						
		損害賠償額						
	その他							
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（受給資格者） _____ 氏 名 _____								

【本人確認】 写真付手帳・マイナンバーカード・運転免許証・()

☐ 本人

☐ 代理人 同世帯（氏名： 続柄： ）

別世帯 委任状・身分証コピー

【必要書類】

受給資格証

※変更後のコピーすること