

様式第 6 号 (第 8 条関係)

重度心身障がい者医療費受給資格認定事項等異動届

受給者番号	障がい者氏名	住 所	生 年 月 日
			年 月 日

区分			異動前	異動後	異動理由・年月日等備考欄
異 動 内 容	対 象 者	氏 名			理由： 年 月 日
		住 所			
	受 給 者	氏 名			理由： 年 月 日
		住 所			
	健 康 保 険	加入保険 の 名 称			年 月 日
		記号・番号			
		被保険者			
		保 険 者			
	口 座	金融機関			理由： 年 月 日
		支 店			
		普通・当座			
		口座番号			
		力 ナ			
		名 義 人			
	新保険者番号：				
	名義人の続柄（ ）				
	その他				

上記のとおり異動したので届け出ます。

年 月 日

由布市福祉事務所長 様

届出者氏名

続柄（ ）
(TEL)