

様式第5号（第7条関係）

重度心身障害者医療費受給資格者変更届				
受給資格者	受給資格者番号			
	氏名			
	生年月日		年 月 日	
	個人番号			
変更事項	変更事由			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> </div>		新	
	氏名		旧	
	住所			
	加入保険	保険名及び記号番号		
		世帯主又は被保険者名		
<p>上記のとおり変更したいので受給資格者証を添えてお届けします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">住所 届出人 氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>(宛先) えびの市長</p>				