様式第６号（規則第７条関係）

**重度心身障害者医療費受給資格　内容変更届**

延岡市長　宛

次のとおり、延岡市重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則第７条により変更を届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| **申　請　日** | 年　　　月　　　日 |
| **受給資格者** | 受給者番号 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **変　更　す　る　こ　と** |  | | 新 | 旧 |
| 氏名 | |  |  |
| 住所 | |  |  |
| 保険 | 記号番号 |  |  |
| 保険者名 |  |  |
| 被保険者名 |  |  |
| 続柄 |  |  |
| 口座 | 金融機関名 |  |  |
| 支店名 |  |  |
| 口座番号 | 普　・　当 | 普　・　当 |
| 名義  （カタカナ） |  |  |
| **変　更　し　た　日** | | | 年　　　　月　　　　日 | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **窓 口 に き た 人** | □　受給資格者本人 | | | |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住所 | □受給資格者と同居 | | |
| 電話番号 |  | 続柄 |  |