

記入例

障害者医療費受給資格等変更届

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

江南市長

届出者 住所 江南市赤童子町大堀〇〇番地

受給資格者の住所・氏名等を記入してください。

ただし、受給資格者が未成年の場合は保護者の氏名を記入してください。

氏 名 江南 太郎

受給資格者との続柄（ 父 ）

電 話 0587-54-1111

下記のとおり届け出ます。

受 給 者 番 号		5 1 8 —
受給資格者	住 所	☐ 届出者に同じ
	氏 名	☐ 届出者に同じ
	生年月日	昭和 平成 年 月 日

お手元にある受給者証の住所・氏名等を記入してください。

※住所又は氏名変更の場合、旧住所・旧氏名でご記入ください。

変 更 事 由	変 更
☐ 氏名変更	
☐ 市内転居	☐ 届出者に同じ
☐ 保険変更	別添のとおり 被保険者氏名（別添で確認できない場合）
☐ 障害状況変更	☐ 級変更 ☐ 要件変更
☐ その他	☐ 送付先変更
事 由 発 生 日	令和 年 月 日

変更箇所に☑いただき変更後の情報、変更日を記入してください。

確認書類	免マ他	委任確認	保マ	通手受	入	力
------	-----	------	----	-----	---	---

様式第5（第9条関係）

障 害 者 医 療 費 受 給 資 格 等 変 更 届

令和 年 月 日

江 南 市 長

届出者 住 所

氏 名

受給資格者との続柄（ ）

電 話

下記のとおり届け出ます。

受 給 者 番 号		5 1 8 —
受給資格者	住 所	☐ 届出者に同じ
	氏 名	
	生年月日	昭和 年 月 日 平成

※住所又は氏名変更の場合、旧住所・旧氏名でご記入ください。

変 更 事 由	変 更 後 内 容
☐ 氏名変更	
☐ 市内転居	☐ 届出者に同じ
☐ 保険変更	別添のとおり 被保険者氏名（別添で確認できない場合）
☐ 障害状況変更	☐ 級変更 ☐ 要件変更
☐ その他	☐ 送付先変更
事 由 発 生 日	令和 年 月 日

確認書類	免マ他	委任確認	保マ	通手受	入力	
------	-----	------	----	-----	----	--