記入例

精神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○○番地

受給資格者の住所・氏名等を記入してください。

氏名

江南 太郎

受給資格者との続柄（ 本人 ）

電話

0587-54-1111

下記のとおり届け出ます。

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。

受給者番号		9 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

※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	保マキ	通手受	入力
------	-----	------	-----	-----	----

精神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		918 —
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

手帳・自立	済・未
-------	-----

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