

様式第9号(第9条関係)

重度心身障がい者医療費受給資格者異動届出書					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 宇城市長 様 年 月 日 </div> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">届出者 住 所</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">氏 名</p> <p style="font-size: small; margin-top: 20px;">次のとおり、受給資格者に係る事項(に変更が生じた・が消滅した)ので、宇城市重度心身障がい者医療費の助成に関する条例施行規則第9条の規定により届け出ます。</p>					
変 更 事 項	対象者 氏 名	□届出者に同じ		受給資格者番号	
	住 所	新	□届出者に同じ		
	保 険	新	種 類	別添のとおり	
			被保険者名		
保 険 者 名					
受給資格者の要件消滅	1 市外に転出(転出日 年 月 日) 2 受給資格者の死亡(死亡日 年 月 日) 3 生活保護の受給開始(受給開始日 年 月 日) 4 その他 []				
添付書類 1 保険の変更については、医療保険の被保険者証 2 受給資格者証 3 口座変更については通帳等					