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 |
| 　宇城市長　様年　　月　　日　届出者　住所　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　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。 |
| 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 |