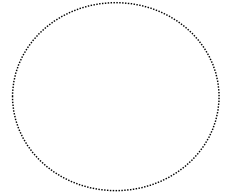


# 重度心身障害者医療費受給者証送付先変更届出書

今 治 市 長 様



次のとおり届出します。

受 給 資 格 者	受給者番号		届出年月日	令和 年 月 日
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名			
	住所	〒  電話番号		

送付先<住民登録住所地以外へ送付する場合>

フリガナ		本人との続柄	
氏名			
住所	〒  電話番号		

変更理由	
------	--

(本人以外が届出する場合は、以下もご記入願います。)

届 出 者	氏名	
	住所	〒  電話番号

※ 本届出書は、市から送付する重度心身障害者医療費助成受給者証の送付先を住民登録住所地以外へ変更する場合記入するものです。