

課長	主査	グループ

様式第11号(第8条関係)

重度心身障害者 医療費受給者氏名等変更届
ひとり親家庭等

年 月 日

美幌町長 様

申請者	住所	
	氏名	
	個人番号
	電話番号	

次のとおり（住所・氏名・保険者）に変更がありましたので、お届けします。

記

受給者名①					受給者番号	第	号		
個人番号①								
受給者名②					受給者番号	第	号		
個人番号②								
受給者名③					受給者番号	第	号		
個人番号③								
住所	新						変更	年 月 日	
	旧								
氏名	新						変更	年 月 日	
	旧								
保険	新	種		保険者名		記号番号		変更	年 月 日
	旧	類							
証	新	付加給付の種類		付加給付の内容				変更	年 月 日
	旧								
証	新	世帯主等の氏名						変更	年 月 日
	旧								
個人番号	受給者① ・ 受給者② ・ 受給者③ ・ その他						変更	年 月 日	

※印欄は記入しないでください。

◎字は、楷書（かいしよ）ではっきり書いてください。署名により、記名押印を省略することができます。