

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  
ひとり親家庭等 医療費受給者氏名等変更届

年 月 日

美幌町長 様

申請者	住 所	美幌町字
	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 証	新	種 類		保 険 者 名		記 号 番 号		変更	年	月	日
	旧	類		者		号					
付 加 給 付 の 種 類	新	付 加 給 付		付 加 給 付		変更	年	月	日		
	旧	の 種 類		内 容							
世 帯 主 等 の 氏 名	新						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（かいしょ）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。