

精神障害者医療費受給資格内容等変更届						
交 付 番 号		—				
受給者	ふりがな				生年月日	
	氏 名					
	住 所				年 月 日	
障害者本人	ふりがな				生年月日	
	氏 名					
	住 所				年 月 日	
変 更 事 項	変 更 事 由		1 氏名又は住所の変更		変 更 年 月 日	
			2 続柄等の変更		年 月 日	
			3 医療保険の種類又は記載事項の変更			
	受給者	ふりがな				続柄
		氏 名				
		住 所	〒			
		職 業		勤務先		
	障害者本人	ふりがな				
		氏 名				
		住 所	〒			
障 加 害 入 者 保 険 の 険	被保険者氏名		附加給付の状況	有 ・ 無		
	記号・番号					
	保 険 者					
	所 在 地					
上記のとおり変更しましたので届け出ます。						
年 月 日		受給者		住 所		
		氏 名		氏 名		
長岡市長 様						

*ここから下欄は記入しないでください。

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係	起案	年 月 日
					決裁	年 月 日