


		係	主査	課長補佐	課長	所長
電算						
台帳						

様式第13号

<h2 style="margin: 0;">心身障害者医療費受給資格変更届</h2> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</p> <p style="margin-top: 20px;">津山市長 殿</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">届出人住所</p> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">氏名 ⑩</p> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">電話番号 ()</p>						
受給資格者番号						/
受給資格者	氏名					
	生年月日		年 月 日			
	住所(居住地)		津山市			
変更事項 1 氏名 2 住所 3 加入保険関係 (1) 被保険者名 (2) 保険者名 (3) 記号番号 (4) 附加給付の内容 (5) その他 4 その他		変 更 前				
		変 更 後				
変 更 年 月 日		年 月 日				

注 心身障害者医療費受給資格証及び保険証(被保険者証又は組合員証)を添えて提出してください。