別記第9号様式（第9条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 産山村重度心身障害者医療費受給資格者異動届出書 | | | | | | | | |
| 村長　様  年　　月　　日  届出者　住所  氏名　　　　　　　　　　㊞  つぎのとおり、受給資格者に係る事項（に変更が生じた・が消滅した）ので、産山村重度心身障害者医療費助成に関する条例第10条の規定により届け出ます。 | | | | | | | | |
| 変更事項 | | 氏名 | 新 |  | | 受給資格者番号 | | |
| 旧 |  | |  | | |
| 住所 | 新 |  | | | | |
| 旧 |  | | | | |
| 保険 | 新 | 種類 |  | 記号番号 |  | |
| 被保険者名 |  | 受給資格者との続柄 | |  |
| 保険者名 |  | 附加給付 |  | |
| 旧 | 種類 |  | 記号番号 |  | |
| 被保険者名 |  | 受給資格者との続柄 | |  |
| 保険者名 |  | 附加給付 |  | |
| の要件消滅  受給資格者 | 1　村外に転出（転出先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  2　受給資格者の死亡（　　　　年　　月　　日死亡）  3　その他 | | | | | | | |
| 添付書類  ・保険の変更については、医療保険の被保険者証  ・受給資格者証 | | | | | | | | |