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 |