様式第9号（第11条関係）

宜野座村重度心身障害者（児）医療費助成受給者異動届書

年　　　　月　　　日

宜野座村長　殿

届出人　住所

氏名

連絡先

受給者　住所

氏名

受給者番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

下記のとおり変更がありましたので、申請します。

1. 変更事項

(1)　受給者の住所　　　(2)　世帯主等の住所　　　　(3)受給者の氏名

(4)世帯主等の氏名　　　 (5)　受給者の世帯主、被保険者、組合員

(6)被保険者証（組合員証）の記号・番号

(7)その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 変更の内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変　更　年　月　日 | 変　　更　　前 | 変　　更　　後 |
|  |  |  |