

受給者 番号	
-----------	--

様式第6号(第7条関係)

<p>㊦ 重度心身障害者等医療費助成に関する資格内容変更届</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>小松島市長 様</p> <p style="text-align: right;">(届出人) 住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____</p> <p style="text-align: right;">受給者との続柄 _____</p> <p style="text-align: right;">電 話 _____</p> <p>重度心身障害者等医療費助成について、小松島市重度心身障害者等に対する医療費の助成に関する条例施行規則第7条の規定に基づき届けます。</p>				
届 出 事 項 (該当に○を付する)		届 出 理 由	届出事項発生年月日	
1 資 格 喪 失 2 受 給 者 証 等 記 載 事 項 3 所 得 状 況 の 変 動			年 月 日	
個 人 番 号				
受給者証等記載事項の変更	区 分		新	旧
	受格す 給をる 資有者	氏 名		
		住 所		
	加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 (組 合 員) 名		
		記 号 番 号		
保 険 者 名				
	附 加 給 付 の 給 付 状 況			

注 1 受給者証等記載事項の変更の場合については、重度心身障害者等医療費受給者証等を添付してください。

なお、変更のない事項は記入の必要はありません。

2 ただし、受給者証等を添えることができない事由があるときは、その旨を明らかにすることができる申立書をもって受給者証等に代えることができる。