

重度心身障害者 医療費受給者住所等変更届
ひとり親家庭等

年 月 日

斜里町長 様

提出者 住所 斜里町本町12番地
氏名 斜里 太郎
受給者との続柄 本人

下記のとおり住所等に変更がありましたのでお届けします。

記

届 出 内 容	受給者名	斜里 太郎				受給番号	000000	
	個人番号	000000000000						
	住所	新	斜里町本町12番地				変更	
		旧	斜里町本町42番地				○年 △月 ×日	
	氏名	新						
		旧						
	保 險 者	新	保険者名		記号番号		付加給付	有・無
旧							有・無	
新		被保険者(世帯主)						
		の氏名						
老人保健法	医療受給者証の番号					資格取得年月日	年 月 日	
※ 処 理 欄	課長	係長	係			処理年月日	年 月 日	
	上記届出により次のとおり処理する。							
	新受給者番号							
	変更年月日	年 月 日	台帳整理	未・済	支払簿整理	未・済	受給者証訂正(回収)	未・済

(注) 提出者は※欄は記入しないでください。