様式第4号(第8条関係)

|  |
| --- |
| 重度障害者医療費の助成に関する登録事項変更届書 |
| 受給者番号 |  |
| 対象者 | 1　氏名　　生年月日 |  | 年　　月　　日生 |
| 2　住所 |  |
| 3　障害の程度 |  |
| 保護者 | 4　氏名　　生年月日 |  | 年　　月　　日生 | 受給資格者との続柄 |  |
| 5　住所 |  |
| 加入医療保険 | 6　世帯主、被保険者、被扶養者氏名 |  |
| 7　記号番号 |  |
| 8　名称 |  |
| 9　所在地 |  |
| 10　附加給付の有無 |  |
| 口座振込 | 11　銀行名 |  | 12　支店名 |  |
| 13　口座番号 |  |
| 14　名義 |  |
| 　上記のとおり変更しましたのでお届けします。　　　　　年　　月　　日届出者住所　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　大野市長　様 |

(注)　変更事項の該当欄数字を○で囲んでください。