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。