

第6号様式（第7条関係）

東庄町重度心身障害者医療費受給資格変更届

年 月 日

東庄町長 岩田 利雄 様

届出人 住 所
氏 名
電話番号

重度心身障害者医療費受給資格の変更を次のとおり届出します。

受 給 者	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日
変更事項	1 住 所 2 加入している医療保険 3 銀行口座 4 世帯構成 5 その他 ()		変更年月日	年 月 日
変 更 前				
変 更 後				
添付書類 (変更の内容が分かる書類)				

※ 受給者の加入している医療保険又は、その世帯員に変更があった場合は、医療保険に加入している世帯員の市町村民税の課税状況を証する書類が必要となります。ただし、次の同意書に記名押印した場合は、当該書類を省略することができます。

住民税確認同意書			
重度心身障害者医療費助成審査のため、私の町民税を確認することに同意します。			
東庄町長 様			
氏名	ⓐ	氏名	ⓐ
		氏名	ⓐ