

様式第13号（第10条関係）

障害者医療費受給資格変更届 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 年 月 日 </div>																	
瀬戸内市長 様 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 届出人 住 所 氏 名 </div>																	
受給資格認定の審査（更新にかかる調査も含む）に必要な限りにおいて、公簿により私及び私の世帯の所得、国民健康保険及び後期高齢者医療の加入状況（保険情報については個人番号による情報連携を含む）を確認されることを私及び世帯員全員、承諾します。																	
受給資格者番号																	
受給資格者	氏 名																
	個 人 番 号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>															
	生 年 月 日	年 月 日															
住 所（居住地）																	
変更事項 1 氏名 2 住所 3 加入保険関係 (1)被保険者名 (2)保険者名 (3)記号・番号 (4)附加給付の内容 (5)その他 4 属する世帯の世帯主及び世帯員の状況 ①構成員の異動 ②所得若しくは課税状況 ③その他 5 その他	変 更 前 変 更 後																
変 更 年 月 日	年 月 日																

※障害者医療費受給資格証、個人番号カード等を添えて提出してください。

※本人及び世帯員の個人番号の変更についても、「その他」へ記載してください。