

様式第5号(第11条関係)

重度心身障害者医療費助成金受給者証交付
申請事項変更届出書

令和 年 月 日

静岡市長 様

住所
受給者
氏名

次のとおり、重度心身障害者医療費助成金受給者証交付申請の内容に変更がありましたので、届け出ます。

変更内容	受給者証番号	第	号
	新		旧
(1) 住所			
(2) 氏名			
(3) 加入医療保険	加入保険名 被保険者名 記号・番号 資格取得日		
(4) 一部負担還元金付加給付			
(5) 金融機関	銀行名 支店名 口座番号 (普通・当座) 口座名義人		
変更年月日	年	月	日

(注)

- 1 変更内容欄は、該当する番号を○で囲んでください。
- 2 住所又は氏名の変更の場合は、受給者証を添付してください。
- 3 加入医療保険又は一部負担還元金・付加給付に変更があった場合は、一部負担還元金又は付加給付に関する証明書を添付してください。この場合は、新・旧の欄は記入不要とします。