

様式第8号

決 裁	部 長	課 長	副課長	係 長	係	受 付	年 月 日
						決 定	年 月 日
						資格証処理	
						入 力	

重度心身障害者医療費受給資格変更届								
整理番号								
助 成 対 象 者	ふりがな 氏 名	明・大・昭・平・令 年 月 日 生						
	住 所							
変 更 事 項	区 分		変 更 前		変 更 後			
	受 給 者	氏 名						
		住 所						
	加 入 保 険	保険の名称						
		記号・番号						
		被保険者氏名						
		保険者番号						
	備 考	・住所 変更 年 月 日 ・保険 (加入)						
	上記のとおり変更があったので、受給資格証を添えてお届けします。 令和 年 月 日 佐賀市長 様 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 届出者 住 所 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 氏 名 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 電話番号 </div>							