

重度心身障害者医療費助成 送付先変更届

令和 年 月 日

佐 賀 市 長 様

助成対象者

住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 M・T・S・H 年 月 日

資格証整理番号 _____

届 出 者

氏 名 _____

助成対象者との続柄 (_____)

連絡先電話番号 _____

送付希望先

住 所 _____ 様方

※翌日からの変更になります。