

例 1 : 住所変更の場合

様式第9 (第9条関係)

精神障害者医療費受給資格内容変更届

安城市長

注意1 太枠の中のみ記入してください。

2 □のところは、該当するものにレ印を付けてください。

届出目

令和〇年×月△日

届出者	住所	安城市桜町 1 8 番 2 3 号									
	氏名	安城 太郎				電話	0566-71-2232				
区分		変更後				変更前					
受給者	受給者番号	5 1 3 × × × × × ×									
	住所	安城市桜町 1 8 番 2 3 号				安城市御幸本町 5 0 4 - 1					
	氏名	安城 太郎									
医療保険の加入状況	記号・番号										
	保険者	名称									
		コード									
		所在地									
	被保険者	住所	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ。								
		氏名	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ。								
理由	<input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input checked="" type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 加入保険の変更 <input type="checkbox"/> その他（ ） 理由発生年月日 令和 3 年 4 月 1 日										

例 1 : 保険変更の場合

様式第 9 (第 9 条関係)

精神障害者医療費受給資格内容変更届

安城市長

注意1 太枠の中のみ記入してください。

2 □のところは、該当するものにレ印を付けてください。

届出日

令和〇年×月△日

[illegible]