

例 1：住所変更の場合

様式第7（第10条関係）

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。

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			
届出者	住所	安城市桜町18番23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	513×××××				
	住所	安城市桜町18番23号	安城市御幸本町504-1			
	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	□ 届出者と同じ。			
		氏名	□ 届出者と同じ。			
理由	<input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 保護者の変更 <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7（第10条関係）

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

届出者	住 所	安城市桜町18番23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	513×××××													
	住 所														
	氏 名	安城 太郎													
医療保険の加入状況	記号・番号	例1) 記号1234 番号5678(社会保険の場合) 例2) 番号98765432(国民健康保険の場合)													
	保険者	名 称	例1) ○○健康保険組合(社会保険の場合) 例2) 安城市(国民健康保険の場合)												
	コード	1	2	3	4	5	6	7	8						
	所在地														
被保険者	住 所	☑ 届出者に同じ。													
	氏 名	☑ 届出者に同じ。													
理由	<input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 保護者の変更 <input type="checkbox"/> 転居 <input checked="" 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														