

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。

届出日

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	□ 届出者に同じ。								
		氏 名	□ 届出者に同じ。								
理 由	<div><div><input type="checkbox"/> 氏名の変更</div><div><input type="checkbox"/> 加入保険の変更</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> 保護者の変更</div><div><input type="checkbox"/> その他 ( )</div></div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 転居</div>										

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。

届出目

令和〇年×月△日

[illegible]