

別記第10号様式（第10条関係）

重度心身障害者  
医療費受給者住所等変更届  
ひとり親家庭等

年 月 日

幌延町長 様

届出者 住 所 天塩郡幌延町

氏 名

㊞

受給者との続柄

下記のとおり住所等に変更がありましたのでお届けします。

記

届 出 内 容	受給者	氏名						受給者番号										
		個人番号																
	住所	新						変更 令和	年	月	日							
		旧																
氏名	新						変更 令和	年	月	日								
	旧																	
保 険 者	保 険 者	新	保 険 者 名			記 号 番 号			付 加 給 付	有・無		変更  令和	年	月	日			
		旧								有・無								
	新	被 保 険 者 ( 世 帯 主 ) の 氏 名																
	旧																	
※ 処 理 欄	課長			主幹			係長			担当			処 年	理 月	日	年	月	日
	上記届出により次のとおり処理する。																	
	新受給者番号																	
	変 年	更 月	日	台帳整理		未・済		払出簿整理		未・済		受給者証 訂正(回収)		未・済				

(注) 届出者は※欄は、記入しないでください。