様式第9号(第11条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国頭村重度心身障害者(児)医療費受給資格者異動届書  年　　月　　日  国頭村長　　　　　様  　申請書提出者　住所  (※1)  氏名　　　　　　　　　　㊞  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 続柄( )  申請者　氏名　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | |
| 受給者証番号 | | |  | |  | |
| 下記のとおり変更・消滅がありましたので、お届けします。  1　変更事項(該当するものを〇で囲む。)  (1)　受給者の住所　　　　(2)　世帯主等の住所　　　　(3)　受給者の氏名  (4)　世帯主等の氏名　　　(5)　受給者の世帯主、被保険者、組合員  (6)　被保険者証(組合員証)の記号・番号  (7)　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  2　変更の内容 | | | | | | |
|  | 変更年月日 | 変更前 | | 変更後 | |  |
|  |  |  | |  | |  |
| 3　消滅　　　（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  4　消滅日　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |

(※1)申請書提出者が障がい者本人でない場合は、事実関係を確認できる書類を添付。