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。