

第6号様式 (第7条関係)

住所・氏名変更届  
(心身障害者医療費)

年 月 日

御杖村長 殿

届出者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

下記のとおり(住所・氏名)を変更しましたので届けます。

受給資格証 受給者番号				
受給者	旧住所		新住所	
	旧氏名		新氏名	

(注) この届出の際に、受給資格証を提出してください。