第7号様式

住所・氏名変更届

(精神障害者医療費)

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 | 　 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決定 | 副村長 | 課長 | 課長補佐 | 課長補佐 | 係 | 決裁年月日 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 対象 | 継続対象(　年　月　日まで有効)対象外 |
| 台帳整理 | 　 |

(注)　精神障害者医療費受給資格証をお持ちの方は、受給資格証を提出してください。