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。