第10号様式

障害等級変更届

(精神障害者医療費)

年　　　月　　　日

　　御杖村長　殿

届出者　住所

氏名

　下記のとおり精神障害者保健福祉手帳の障害等級に変更が生じましたので届けます。

|  |  |
| --- | --- |
| 受給資格証　受給者番号 |  |
| 変更後の手帳 | (　1　・　2　・　3級　)　　　　第　　　号 |
| 変更の年月日 | 年　　　月　　　日 |