様式第6号（第7条関係）

心身障害者医療費、通院費等受給者氏名等変更届

年　　月　　日

日南町長　　　　様

氏名　　　　　　　　印

下記のとおり、氏名等変更しましたので届出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所の変更 | 変更前 | 日南町　　　　　　　　　　　番地 |
| 変更後 | 日南町　　　　　　　　　　　番地 |
| 変更日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 氏名の変更 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| 変更日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 医療機関の変更 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| 変更日 | 年　　　　月　　　　日 |

(注)　医療機関の変更は、保健所長又は医師の証明書（様式第1号の別添）を添付すること。