

様式第5号（第10条関係）

心身障害者医療費受給資格内容変更届										
受給者	受給者証号				個人番号					
	氏名				生年月日	年 月 日				
	住所									
	障害の状況	身体障害者	身障手帳 記号番号				程度	1級・2級・3級		
知的障害者		療育手帳 番号				程度	㊤・A・B			
精神障害者		精神手帳 番号				程度	1級			
後期高齢者医療障害認定者					程度	施行令別表 号該当				
保護者	氏名				個人番号					
	住所				生年月日	年 月 日				
					受給者との続柄					
加入	世帯主・被 保険者・組 合員・加入 者の氏名及 び住所	氏名				個人番号				
		住所								
医療 保 険	記号番号									
	名称									
	保険者番号									
	所在地									
	付加給付	有・無	支給基準							
<p>上記のとおり 〔 氏名住所 障害程度 加入医療保険 〕 が 年 月 日変更しましたので、 受給者証を添えてお届けします。 年 月 日 住所 氏名 (宛先) 狭山市長</p>										

(注) 変更事項を○で囲んでください。

処 理 欄	受付	年 月 日
	交付・修正	年 月 日
	台帳記帳	年 月 日