

別記様式第19号（第11条関係）

重度心身障がい者医療費助成金受給者住所等変更届

令和 年 月 日

倶知安町長 様

届出者 住 所

氏 名

受給者との続柄

電話番号

下記のとおり住所等に変更がありましたので届け出ます。

記

届 出 内 容	受給資格者氏名							受給者番号					
	住所	新	倶知安町							変更			
		旧								令和 年 月 日			
	氏名	新								変更			
		旧								令和 年 月 日			
	保険者	新	保険者名			記号番号			付加給付	有・無		変更	
		旧								有・無			
		新	被保険者(世帯主)の氏名								令和 年 月 日		
		旧											
	後期高齢者医療制度		被保険者番号						資格取得年月日		令和 年 月 日		
※ 処 理 欄	課長		室長		係長		係		処年月日	令和 年 月 日			
	上記届出により次のとおり処理する。												
	新受給者番号												
	変更年月日	令和 年 月 日		電算	未・済	払出整理簿	未・済	受給者証訂正(回収)	未・済				

(注) 届出者は※欄は記入しないでください。