

様式第1号の3 (第2条関係)

認定 障害・高齢障害医療費受給者資格 変更 更新				受給者番号	
対象者	フリガナ		男 ・ 女	生年月日	年 月 日
	氏 名				
	住 所				
※保護者等	氏 名		対象者との続柄		
加 入 医療保険	被保険者氏名				
	※保険種別				
	被保険者証 の記号番号				
	保険者名		保険者番号		
変更申請 の 場 合	変更する項目	変 更 後		変 更 前	
<p>上記のとおり 障害・高齢障害 医療費受給資格 認定 変更 更新 の申請をします。</p> <p>なお、認定に必要があるときは、私の世帯の税額等の確認を課税担当課長が保管している課税台帳等により行うことに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所 (保護者) 氏 名 電話番号 () -</p> <p>仁淀川町長 様</p>					

(注)

- 1 加入医療保険の被保険者証を同時にお示しください。
- 2 ※の欄は記入しないでください。