

第6号様式（第8条関係）

<p>重度障がい者医療費受給資格変更届</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>逗子市長</p> <p style="text-align: right;">住所 _____</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名 _____ (印)</p> <p style="text-align: right;">電話 () _____</p> <p>次のとおり届け出ます。</p>			
変更事由	住所変更	変更年月日 年 月 日 旧住所 新住所	
	氏名変更	変更年月日 年 月 日 旧氏名 新氏名	
	加入保険内容変更	被保険者証の記号番号	
		保険者の名称	
		事業所の名称	
事業所の所在地			
その他	特別児童扶養手当等の支給に関する法律第17条第2号又は第26条の2第1号若しくは第2号に規定されている施設 入所日 年 月 日 施設名 ()		
資格喪失 (返還)	受給者氏名 受給者番号 資格喪失事由 発生日		

(注) この変更届を提出するときは、福祉医療証・被保険者証を提示してください。