別記第9号様式(第9条関係)

# 西原村重度心身障害者医療費受給資格者異動届出書

西原村長　　様

年　　月　　日

届出者　住　所
氏　名　　印

つぎのとおり、受給資格者に係る事項(に変更が生じた・が消滅した)ので、西原村重度心身障害者医療費助成に関する条例第10条の規定により届け出ます。

<table>
<tr><td rowspan="9">変更事項</td><td rowspan="2">氏　名</td><td>新</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">受給資格者番号</td></tr>
<tr><td>旧</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">住　所</td><td>新</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>旧</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">保　険</td><td rowspan="3">新</td><td>種　類</td><td></td><td>記号番号</td><td></td></tr>
<tr><td>被保険者名</td><td></td><td>受給資格者との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>保険者名</td><td></td><td>附加給付</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">旧</td><td>種　類</td><td></td><td>記号番号</td><td></td></tr>
<tr><td>被保険者名</td><td></td><td>受給資格者との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>保険者名</td><td></td><td>附加給付</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">受給資格者の消滅要件</td><td colspan="4">1　村外に転出(転出先　　)<br>2　受給資格者の死亡(　　年　　月　　日死亡)<br>3　その他［　　］</td></tr>
</table>

添付書類

・保険の変更については、医療保険の被保険者証

・受給資格者証