

第4号様式（第5条関係）

重度心身障害者医療費受給者証変更届書						
受給者	受給者証番号	第 号				
	氏名		生年月日	年 月 日生		
	住所					
変更事由						
変更事項	新			旧		
	氏名			氏名		
	住所			住所		
	加入保険	記号番号	第 号	加入保険	記号番号	第 号
		保険者名			保険者名	
		摘要			摘要	
	備考			備考		
<p>上記のとおり変更したので受給者証を添えてお届けします。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>会津坂下町長 殿</p> <p style="text-align: center;">住所 届出人 氏名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>						