第５号様式（第７条関係）

|  |
| --- |
| 精神通院医療費助成対象者等届出書令和　　年　　月　　日（あて先）座間市長住　所　申請者氏　名　　　　　　　　　　　　　電　話　次のとおり変更したので届出します。 |
| 精神障害者保健福祉手帳番号 | 号 | 通院医療費助成番号 | 号　 |
| 変更及び届出事項 | 本人 | 住所 |  |
| （ふりがな）氏名 |  |
| 保護者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 保険者等 | 記号番号 |  |
| 保険者 |  |
| 被保険者 |  |
| 取得日 |  |
| 所在地 |  |
| 保険給付の内容 |  |
| 附加給付の内容 |  |
| 理由 | １　住所及び氏名の変更　　　　　　２　健康保険の変更３　喪失　（□ 転出　□ 死亡　□ その他（　　　　））４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |