

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（ <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他（ ）） 4 その他（ ）		