

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)		
	保 護 者	氏 名		
		住 所		
	保 険 者 等	氏 名		
		記 号 番 号		
		保 険 者		
		被 保 険 者		
		取 得 日		
	保 險 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 ()		