様式第9号(第8条関係)

特別医療費に関する資格内容変更届

大山町長　様

変更理由	1 転居・2 転出・3 氏変更・4 保険変更・5 死亡・6 他公費（ ⇒ ）・7 婚姻・8 生保 9 その他（　　） 変更年月日　　年　　月　　日から			
助成区分 (該当区分に○)	受給資格証番号	変更後の保険（種類）　（該当に○） 個人番号（保険変更のみ） 被保険者又は組合員氏名	氏名	生年月日
身障・重度・ ひとり親・小児・ 特定疾病・精神	①	協会.国保.船員.国家.地方.私学.高齢 個人番号 氏名	（旧姓　　）	S・H・R　年　月　日
身障・重度・ ひとり親・小児・ 特定疾病・精神	②	協会.国保.船員.国家.地方.私学.高齢 個人番号 氏名	（旧姓　　）	S・H・R　年　月　日
身障・重度・ ひとり親・小児・ 特定疾病・精神	③	協会.国保.船員.国家.地方.私学.高齢 個人番号 氏名	（旧姓　　）	S・H・R　年　月　日
住所	（新）（〒　－　）		（旧）（〒　－　）	

上記のとおり変更したので届け出します。　住所＿＿＿＿＿＿＿＿　連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿

年　月　日　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　受給資格者との続柄　本人・父・母・（その他　　）

この届出に係る決定に必要な範囲で、公簿等により私及び私の世帯全員に係る課税状況、生活保護状況、医療保険加入状況、公費負担医療受給状況、障害者手帳情報等について確認されることを

・承諾します。　・承諾しません。　*どちらかを○で囲んでください

公簿等による課税状況等の確認について承諾しない場合は、確認に必要な書類の提出が別途必要になる場合があります。

(注)・変更があった項目のみ記載してください。
・届出の際には、特別医療受給資格証（保険変更の場合は写し）を添えてください。