

重度障害者(児)医療費受給資格登録事項変更届書

令和 年 月 日

越前町長 様

住所

届出者 氏名

個人番号

電話番号

重度障害者(児)医療費受給資格登録事項について、次のとおり変更があったので、受給資格証を添えてお届けいたします。

届 出 事 項	変 更 前	変 更 後
変 更 年 月 日	令和 年 月 日	

(注) 変更の事実を証明できるものを提出してください。