

# 記入例

## 精神障害者医療費受給資格内容等変更届

交付番号		1 2 — 3 4 5	
受給者	ふりがな	ながおか はなこ	生年月日
	氏名	長岡 花子	
	住所	長岡市大手通1丁目4番地10	昭和50年1月1日

障害者本人	ふりがな	ながおか たろう	生年月日
	氏名	長岡 太郎	
	住所	長岡市大手通1丁目4番地10	昭和50年2月1日
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	

変更事項	変更事由		1 氏名又は住所の変更 2 続柄等の変更 3 医療保険の種類又は記載事項の変更		変更年月日 令和6年12月1日		
	受給者	ふりがな		続柄			
		氏名					
		住所	〒				
		電話					
	障害者本人	ふりがな					
		氏名					
		住所	〒				
	障害者の加入者	被保険者氏名	長岡 花子	附加給付の状況	有・無		
		記号・番号	長岡 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9				
		保険者	長岡市				
		所在地	長岡市大手通1丁目4番地10				

上記のとおり変更しましたので届け出ます。

令和6年12月2日  
住所 長岡市大手通1丁目4番地10  
受給者 氏名 長岡 花子

長岡市長 様

\*ここから下欄は記入しないでください。

決裁	課長	課長補佐	係長	係	起案	年 月 日
					決裁	年 月 日

受給者について記入してください。

障害者について記入してください。

変更内容について記入してください。

受給者について記入してください。