

(表)

様式第5号(第8条関係)

心身障害者医療費受給資格内容等変更届出書

受給者	受給者証番号		氏名	
	住所			
変更事項	変更事由			
	区分	新	旧	
	氏名			
	住所	上記受給者住所と同じ(違う場合に記入)		
	振込口座			
	加入保険	記号番号		
		保険者名		
摘要				
備考				

上記のとおり変更が生じたので、受給者証を添えてお届けします。

年 月 日

東松島市長 様

届出者氏名

(受給者との続柄： )

※扶養義務者の増または減がある場合は、裏面の記入が必要です。

(裏)

扶養義務者の増または減の別	増 ・ 減
---------------	-------

### 同意書

東松島市心身障害者医療費の助成を受けるにあたり、東松島市長が私及び私の世帯の税、住民票、生活保護受給、特別児童扶養手当受給、医療保険給付及び中国残留邦人等に対する支援に関する情報について取得することに同意します。

氏名	
個人番号	

氏名	
個人番号	

氏名	
個人番号	

氏名	
個人番号	

氏名	
個人番号	

氏名	
個人番号	

氏名	
個人番号	

氏名	
個人番号	

氏名	
個人番号	

氏名	
個人番号	

同居している方は生計同一とみなしますので、届出が必要です。