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）  氏名 |  | | |
| 保護者 | 住所 |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 保険者等 | 記号番号 |  | | |
| 保険者 |  | | |
| 被保険者 |  | | |
| 取得日 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 保険給付の内容 | |  | | |
| 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　（□ 転出　□ 死亡　□ その他（　　　　））  ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |