

第 9 号様式（第 1 5 条関係）

精神障害者医療費助成金受給者資格変更届

年 月 日

富士宮市長 宛

住所

氏名

精神障害者医療費助成金受給資格について、下記のとおり変更がありましたので、届け出ます。

記

認定 番号	精 第 号	入院者 氏 名	
変 更 内 容	1	住所（家族等・入院者）	
	2	氏名（家族等・入院者）	
	3	加入医療保険	
	4	患者負担限度額・付加給付内容	
	5	振込先	
	6	医療機関	
	7	家族等	
	8	死亡（家族等・入院者）	
	9	その他	
	変更前		
	変更後		
変更年月日		年 月 日	

※ 変更内容欄は該当事項を○で囲むこと。

※ 3に該当する場合は健康保険被保険者証の写しを、4に該当する場合は患者負担限度額及び付加給付内容証明書を、5に該当する場合は振込先通帳の写しを添付すること。