第４号様式（第９条）

精神障害者医療費助成金受給資格変更（喪失）届

年　　月　　日

　香取市長　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　医療費の助成金受給資格者に変更があったので、香取市精神障害者医療費助成要綱第９条の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 精神障害者氏名 | |  | | 受給番号 |  |
| 氏名変更  受給資格者  精神障害者 | 新 |  | | | |
| 旧 |  | | | |
| 住所変更  受給資格者  精神障害者 | 新 |  | | | |
| 旧 |  | | | |
| 医療機関変更 | 新 |  | | | |
| 旧 |  | | | |
| 加入社会保険  変　 更 | 新 |  | 記号番号 |  | |
| 旧 |  | 記号番号 |  | |
| 受給資格喪失 | 理由 | 退院・死亡・転出・手帳不交付・重度医療対象・その他 | | | |
| 期日 | 年　　月　　日 | | | |