

第6号様式(第8条関係)

受給者番号	:	:	:	:	:	:	:	:	:
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

精神障害者医療費受給資格等変更届	
年 月 日	
清須市長 様	
受給者	住所 氏名 電話 () ⑨
次のとおり変更が生じました。	

	区 分	新	旧	変 更 年 月 日
受給資格者	氏 名			
	住 所			
加入医療保険	名 称			
	住 所			
	記 号 番 号			
	給 付 内 容 (附加給付)			