

第4号様式（第10条関係）

精神障害者医療費助成変更届

柏崎市長 様 年 月 日

住所 柏崎市

受給者 氏名

電話

次のとおり、受給者証を添えて届け出ます。

受給者番号	—	受療者 (障害者)	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
変更事項	1 受療者の住所、氏名、保険証 2 受給者の住所、氏名、続柄、連絡先電話番号 3 振込口座 4 入院医療機関		
変更日	年 月 日		
変更内容	変更前		変更後

以下、福祉課記入欄。

課長	係長	係	受理日		証変更	有・無	
			処理日		保存期間	5年	
			公開・非公開	一部非公開 (情報公開条例第6条第2号該当)			
			上記のとおり、変更しました。				障害福祉係