様式第４号(第９条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 精神障害者通院医療費助成変更・喪失届 | | | | | | |
| 受診者 | | 住所 | 番　　　　号  安来　市　　　　　町　　　　　　　　　番地  電話(　　　　)　　　― | | | |
| 氏名 |  | | 年　　月　　日生 | |
|  | 内容 | | 変更前 | 変更後 | | 変更年月日 |
| 変　　　　更 | 住　 　所 | |  |  | | ・　・ |
| 氏　　 名 | |  |  | | ・　・ |
| 病院・診療所 | |  |  | | ・　・ |
| 薬局・デイケア等 | |  |  | | ・　・ |
| そ の　他 | |  |  | | ・　・ |
| 喪失 | | | 死　亡・転　出・所得区分の変更  その他(　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | ・　・ |
| 上記のとおり届け出ます。  　　　　　　年　　月　　日  　　安来市長　様  受給者（受診者が18歳未満の場合は保護者）  住　所  氏　名  （記名押印又は署名）  　　　　　　　　　　　　　　　電　話（　　　　　）　　　－  受診者との続柄 | | | | | | |