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　　　　　　 |