

様式第7号(第9条関係)

<p>障害者医療費受給資格内容変更届</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>敦賀市長 殿</p> <p style="text-align: center;">住所 届出者 氏名</p> <p>障害者医療費受給資格の内容等について次のとおり変更があつたので、受給資格者証を添えてお届けします。</p>		
届 出 事 項	変 更 前	変 更 後
変 更		
変 更 年 月 日	年 月 日	

※ 提示又は添付書類 上記の届出事項の変更を証明するもの