

(別紙様式3)

上越市精神障害者入院医療費助成認定事項変更届

令和 年 月 日

(あて先)
上越市長

住 所 上越市

氏 名

電話番号

精神障害者入院医療費助成の認定事項を下記のとおり変更しましたので届け出ます。

助成対象者	フリガナ	生年月日	T・S・H
個人番号			
変更理由(該当する番号を○で囲んでください。)			
1 氏名の変更 (変更前の氏名)			
2 住所の変更 (転居先)			
3 その他(具体的に書いてください。)			
理由が発生した日			
年 月 日			

※ 記載された個人情報、上越市精神障害者入院医療費助成に関する業務以外には使用しません。