第20号様式(第25条関係)

医 療 費 助 成 変 更 届

年　　月　　日

殿

住所

患者(保護者)氏名

この度、下記のとおり変更したので、届け出ます。

記

1　住所の変更

新住所

旧住所

2　医療機関の変更

新医療機関

名　　称

所　在　地

旧医療機関

名　　称

所　在　地

3　住民税非課税者から住民税課税者となった(感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行細則第19条第2号に該当しなくなった。)。

公費負担者番号			1	3					負担者番号									
公費負担医療の受給者番号									患者氏名									
有効期間	年　月　日から　　年　月　日まで																	

(日本産業規格A列4番)