

重度心身障害者医療費受給資格内容等変更届

年 月 日

(あて先)本庄市長

住所 _____

届出者

氏名 _____ (印)

(電話 - -)

本庄市重度心身障害者医療費支給に関する条例第9条の規定に基づき、下記のとおり変更を届け出ます。

受給者	フリガナ			住所		
	氏名			性別	受給者証番号	
	生年月日	年	月	日	男・女	
障害の状況	手帳種類	身障・療育・精神		等級/障害代表	級/	
	手帳番号	第 号		手帳交付日	年 月 日	
				次期判定日(有効期限)	年 月 日	
加入医療保険	被保険者証記号・番号	記号	番号	資格取得日	年 月 日	
	被保険者氏名			受給者との続柄	負担割合	割
	保険者名称			保険者番号		
振込先預金口座	金融機関名	銀行・信用金庫・労働金庫 信用組合・農業協同組合		本・支店名	本 店 ・ 支 店	
	預金種目	普通・その他 ()		口座番号		
	口座名義人	フリガナ ()				

変更日 (住定日・氏名変更日・手帳再交付日・ 保険証資格取得日・届出日)	年 月 日	変更事由	住所・氏名・障害等級・医療保険・ 振込先・ <u>所得状況</u> ※・その他 ()
--	-------	------	--

所得判定	支給	支給停止
控除後の所得額	扶養親族の数	所得制限限度額
円	人	円

※最新の所得証明書を取得添付(公簿で確認できる場合は不要)

決	課長	課長補佐	係長	合議	担当	資格取得日	年 月 日
裁						受給者証 有効期間	年 月 日から 年 月 日まで