

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 _____

(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	個人番号:										
	生年月日	年月日			性別 男・女	受給者証番号						
	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		
自立支援医療	受給者番号							自己負担上限額			円	
	有効期間	年月日				～	年月日					
指定医療機関①												
指定医療機関②												
指定医療機関③												
加入医療保険	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 医療保険資格取得日・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・所得状況※・その他()						
所得判定				支給			・			支給停止		
控除後の所得額 円			扶養親族の数 人				所得制限限度額 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 裁	課長	課長補佐	係長	合議	担当	資格取得日	年月日		
							受給者証	年月日から	
						有効期間	年月日まで		