

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：					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		
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・ <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 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 有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		