

（宛先）行田市長

届出者 住 所
氏 名
電話番号

次のとおり、重度心身障害者医療費受給資格の内容等変更又は喪失について届け出ます。

受給資格者氏名		生年月日	年 月 日
受給資格者証番号	個人番号		届出者との続柄

受給資格者	<input type="checkbox"/> 住所、氏名等の変更					
	住 所					
	氏 名		電話番号			
障害の状況	<input type="checkbox"/> 障害の状況の変更 (<input type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 別添写しのとおり)					
	身体障害者手帳番号	第 号	程度	1級・2級・3級	有効期限	年 月 日
	療育手帳番号	第 号	程度	Ⓐ・A・B	有効期限	年 月 日
	精神障害者保健福祉手帳番号	第 号	程度	1級	有効期限	年 月 日
	後期高齢者医療障害認定者	施行令別表	号該当	有効期限	年 月 日	
保護者	<input type="checkbox"/> 保護者の変更					
	住 所					
	氏 名		電話番号			
	生年月日	年 月 日	受給資格者との続柄			
加入医療保険	<input type="checkbox"/> 加入医療保険の変更 (<input type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 別添写しのとおり)					
	記 号		番 号			
	世帯主・被保険者・組合員・加入者氏名				資格取得年月日	年 月 日
	保険者名称				保険者番号	
振込先金融機関	<input type="checkbox"/> 振込先金融機関の変更 (<input type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 別添写しのとおり)					
	金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合・農協				支店
	預金種類	普通預金・当座預金		フリガナ		
	口座番号			口座名義		

その他の変更事項 (次のとおり 別添写しのとおり)

変更内容	
------	--

受給資格の喪失

資格喪失事由	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> 要件非該当 <input type="checkbox"/> その他 ()
資格喪失年月日	年 月 日
受給資格者証の返還	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 返還予定 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 ()