

重度心身障害者医療費受給資格 内容変更・喪失 届

年 月 日

春日部市長 あて

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

電話番号 () _____

(受給資格登録者との続柄 _____)

次のとおり、変更・喪失したので、春日部市重度心身障害者医療費助成に関する条例第9条第1項の規定により届け出ます。

受給資格登録者	フリガナ				受給者証番号					
	氏 名									
	生年月日	年	月	日	住所	春日部市				
	個人番号									
障 害 の 状 況	区 分	手 帳 記 号 番 号				程 度				
	<input type="checkbox"/> 身体					1級・2級・3級				
	<input type="checkbox"/> 知的					①・A・B				
	<input type="checkbox"/> 精神					1級				
	<input type="checkbox"/>	後期高齢者医療障害認定者				施行令別表 第 号該当				
保 護 者	フリガナ				生年月日	年 月 日				
	氏 名									
	住 所				受給資格登録者との続柄					
加入医療保険										
変更・喪失年月日		年	月	日	変更・喪失事由					
振込先金融機関	区 分	金 融 機 関 コー ド			本支店コード					
	金融機関及び本支店名	銀行・信用金庫・信用組合 信託銀行・労働金庫・農協				本店・支店 出張所				
	口座種別	普通 ・ 当座			口座番号					
	フリガナ									
	口座名義									

決 裁	課 長	主 幹	主 査	担 当	受 付	年 月 日
					交 付	年 月 日