|  |  |
| --- | --- |
| 様式第９号（第６条関係） |  |
| **重度心身障害者医療費受給資格　内容変更・喪失　届**令和　　　年　　　月　　　日　　春日部市長　あて 申請者 住　　所 　　　　　　　　　　　　　　　 氏　　名 　 　　  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。大正昭和平成 |
| 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 |
| □ | 身体 | 第　　　　　　号　 | １級 ･ ２級 ･ ３級 |
| □ | 知的 | 第　　　　　　号　 | Ⓐ ・ Ａ ・ Ｂ |
| □ | 精神 | 第　　　　　　号　 | １級 |
| □ | 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 | 別添のとおり（保険変更のみ） |
| 変更**・**喪失年月日 | 令和　　 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 | 　　 | 　 |
| 口座名義 | 　　 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決　裁 | 課 長 | 主 幹 | 主 査 | 担 当 |  | 受付 | 令和　　　　年　　　月　　　日 |
|  |  |  |  |  |
| 交付 | 令和　　　　年　　　月　　　日 |

処理欄　制度改正　新・旧　所得区分：支給・停止