

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。

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		第 号			1級・2級・3級					
<input type="checkbox"/> 知的		第 号			①・A・B					
<input type="checkbox"/> 精神		第 号			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	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									

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