

## 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					(A)・A・B						
<input type="checkbox"/> 精神		第 号					1級・2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