

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 ・ 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					