

記入例

重度心身障害者医療費受給資格 内容変更・喪失 届

令和 〇 年 5 月 10 日

春日部市長 あて

申請者 住 所 春日部市金崎839-1
 氏 名 庄和 藤代
 電話番号 048 (746) 1131
 (受給資格登録者との続柄 妻)

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	<u>ショウワ イチロウ</u>		受給者証番号	<u>5012345</u>				
	氏名	<u>庄和 一郎</u>		住所	<u>春日部市 金崎839-1</u>				
	生年月日	<u>昭和〇年 4月 5日</u>	住所						
	個人番号	<p>受給資格変更手続きの場合、障害者手帳、変更内容がわかるもの(※)、受給者証(支給停止中の人を除く)を持参してください。</p> <p>※ 例 保険変更の場合…新しい健康保険証の写し □座変更の場合…金融機関の通帳の写し等</p>							
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 <u>〇</u> 年 <u>5</u> 月 <u>8</u> 日			変更・喪失事由	<u>死亡</u>				
振込先金融機関	区分	金融機関コード	<u>4321</u>		本支店コード	<u>321</u>			
	金融機関及び本支店名	<u>しょうわ</u> 銀行		信用金庫・信用組合 信託銀行・労働金庫・農協	<u>春日部</u>			本店・支店 出張所	
	口座種別	<u>普通</u> ・ 当座							
	フリガナ	<u>ショウワ フジヨ</u>							
口座名義	<u>庄和 藤代</u>								
決裁	課長	主幹	主査	担					
	<p>受給資格登録者がお亡くなりになられた場合、死亡日までの医療費は、相続人代表者に対して振り込みます(支給停止期間を除く)。</p> <p>そのため、相続人代表者名義の通帳、未請求の医療費(薬剤費等含む)の領収書を持参してください。</p> <p>また、受給資格登録者及び相続人代表者の「戸籍の証明」が必要となる場合があります。</p>								