

重度心身障害者医療費受給資格内容等変更届

年 月 日

横瀬町長 様

住 所

氏 名

印

(電話

)

下記のとおり変更がありましたので届けます。

| | | | | | | |
|-----------|--------------------|------------|---------|-------------|--------------|--|
| 受給者 | ふりがな 氏 名 | | | 受給者証記号番号 | | |
| | 生 年 月 日 | 明 大 昭 平 | 年 月 日 | 住 所 | | |
| 障 害 の 況 | 身体障害者 | 身障手帳記号番号 | | 程度 | 1級・2級・3級 | |
| | 知的障害者 | 療育手帳番号 | | 程度 | Ⓐ A・B | |
| | 精神障害者 | 精神手帳番号 | | 程度 | 1 級 | |
| | 後期高齢者医療障害認定者等 | | | 程度 | 施行令別表 号該当 | |
| 保護者 | 氏 名 | | | 生 年 月 日 | 年 月 日 | |
| | 住 所 | | | 受給者との続柄 | | |
| 加入医療保険 | 世帯主・被保険者・組合員・加入者氏名 | | | 記 号 番 号 | | |
| | 保 険 種 別 | | | 協・組・船・共・国・後 | | |
| | 名 称 | | | 所在地 | | |
| | 附 加 給 付 | 有・無 | 支 給 基 準 | | | |
| 変 更 年 月 日 | 年 月 日 | | 変更事由 | | | |

| | | | | | | | |
|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-------|
| 決 裁 | 課 長 | 副課長 | リーダー | 主 査 | 担 当 | 受 付 | 年 月 日 |
| | | | | | | 交 付 | 年 月 日 |