

様式第7号(第6条関係)

横瀬町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  
(電話 )

下記のとおり、変更がありましたので届けます。  
記

受給者	ふりがな氏名	-----		住所		
	生年月日	明大平	年 月 日	男・女	申請者との続柄	
	障害の状況	身体障害者	身障手帳記号番号	第 号	程度	1級・2級・3級
知的障害者		療育手帳番号	埼玉県第 号	程度	Ⓐ・A・B	
後期高齢者医療障害認定者			程度	施行令別表 号該当		
保護者	氏名			生年月日	明大平 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			
振込先	金融機関名					
	預金種別		口座番号			
	口座名義人(カナ)					
変更年月日	年 月 日		変更事由			