

様式第7号(第6条関係)

重度心身障害者医療費受給資格喪失・内容等変更届

年 月 日

横瀬町長 様

住 所

氏 名

印

(電話

)

下記のとおり喪失・変更がありましたので届けます。

受給者	ふりがな			受給者証記号		
	氏名			番 号		
障 害 の 状 況	生 年 月 日	年 月 日		住 所		
	障 害 の 状 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・ <sup>Ⓐ</sup> ・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			
喪失・変更年月日		年 月 日		喪失・変更事由		

決 裁	課 長	リ-ダー		担 当	受 付	年 月 日
					交 付	年 月 日