

重度心身障害者医療費受給者 再交付申請書 変更届 資格喪失届

呉市長 様

令和 年 月 日

重度心身障害者医療費支給要綱第10条の規定により、次のとおり届け出ます。

申請者 住所 _____
 窓口に來られた方18歳未満の場合は保護者
 フリガナ _____
 氏名 _____ 受給者との続柄(_____)
 電話番号 _____

受給者	フリガナ _____	〈住所〉※申請者と同じ場合は省略可	
	氏名 _____	呉市	
	大昭平 年 月 日生 男女	電話番号 _____	
受給者番号	個人番号(マイナンバー)	※受給者番号の変更がある場合の新しい受給者番号	

再交付

申請の事由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他(_____)
-------	---

変更

	変更前	変更後	変更年月日
<input type="checkbox"/> 住所			令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 氏名			令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 加入医療保険	被保険者		令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 障害認定(後期高齢移行)
	記号・番号		
	保険者名(保険者番号)	(_____)	
<input type="checkbox"/> その他(_____)			平成 年 月 日

※扶養義務者の変更(有・無) ※有の場合、新しい扶養義務者の氏名・続柄(_____)

資格喪失

資格喪失の事由	事由発生年月日
<input type="checkbox"/> 生活保護の開始(_____)	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 市外転出(_____)	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 等級・判定の変更(_____)	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> その他(_____)	令和 年 月 日

以下は記入しないでください

受付	受給者証の訂正・回収 <input type="checkbox"/> 証の訂正済(書換後の証の写しを添付) <input type="checkbox"/> 証の回収済	担当者	主査	GL	課長	入力 /	受付印
備考						決裁 /	
<input type="checkbox"/> 身障手帳確認 <input type="checkbox"/> 療育手帳確認 <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 課税台帳記載事項証明書等						郵送 /	