

様式第8号(第6条、第7条関係)

重度心身障害者医療費受給資格内容等 変更・喪失 届

年 月 日

久喜市長 あて

振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫・組合		本店・支店
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

申請者

住 所

氏 名

電 話

(受給者との続柄 )

次のとおり、変更・喪失がありましたので届け出ます。

受 給 者	ふ り が な		受 給 者 証 号	
	氏 名		番 号	
	生 年 月 日	年 月 日	住 所	
	障 がい の 状 況 ( 該 当 箇 所 に <input checked="" type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/> 身 体 障 害 者 手 帳 所 持 者		程 度 ( 該 当 箇 所 に <input checked="" type="checkbox"/> )
<input type="checkbox"/> 療 育 手 帳 所 持 者			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	
<input type="checkbox"/> 精 神 障 害 者 保 健 福 祉 手 帳 所 持 者			1級	
<input type="checkbox"/> 後 期 高 齢 者 医 療 障 害 認 定 者				
保 護 者	氏 名		受 給 者 と の 続 柄	
	住 所		電 話	
加 入 医 療 保 険	世帯主・被保険者・ 組合員・加入者氏名		受 給 者 と の 続 柄	住所
	保 険 種 別	協・組・船・共・国・後	記 号 番 号	
	名 称		所 在 地	
	附 加 給 付	有・無	支 給 基 準	
変 更 ・ 喪 失 年 月 日		年 月 日	変 更 ・ 喪 失 理 由	