

重度心身障がい者(児)医療費助成金受給資格変更届

※太枠内のみ記入してください。

対象者	住所	熊本市 区											
	フリガナ				生年月日	M S R	年 月 日						
	氏名												
手帳の内容	身障療育精神			障がいの	種	(再)交付年月日	年 月 日						
	手帳番号	第	号	程 度	級	次回判定年度	年度						
	障がい種別	(1)肢 (2)視 (3)聴 (4)内 (5)知的 (6)精神 (7)合併 (8)その他											
変更事項		新			旧								
加入している 健康保険	被保険者氏名												
	記号・番号												
	保険者の名称												
	保険者番号												
	保険資格 取得年月日	S	H	R	年	月	日	S	H	R	年	月	日
	受給資格者												
<p>上記のとおり関係書類を添えて届出いたします。</p> <p>熊本市長様 令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所 熊本市 区 _____</p> <p>氏名 _____</p> <p>連絡先 _____</p> <p>窓口に来た方 住所 _____</p> <p>(□ 同上) 氏名 _____ 続柄 _____</p> <p>連絡先 _____</p>													

1 記号番号

新

--	--	--	--	--	--	--	--

旧

--	--	--	--	--	--	--	--

2 認定日

年 月 日

3 届出事由

(1) 手帳更新・変更 (2) 障がい等級変更 (3) 加入保険変更 (4) 住所変更

(5) 高齢受給者(70歳到達) (6) 後期高齢者医療制度適用 (7) その他 ()

受付印

受付印
