

重度心身障がい者(児)医療費助成金受給資格変更届

記載例

対象者	住所	熊本市 中央 区 手取本町1番1号				
	フリガナ	クマモト タロウ			生年月日	M T S H 50年 5 月 5 日 R
	氏名	熊本 太郎				
手帳の内容	身障療育精神	お手持ちの障がい手帳の内容をご記入ください。			交付年月日	年 月 日
	手帳番号	第	号	程 度	級	次回判定年度
	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	新しい健康保険の内容を記入してください。			今までの健康保険の内容を記入してください。	
	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	熊本 太郎			熊本 太郎	
上記のとおり関係書類を添えて届出いたします。					記入日を記載してください。	
熊本市長様		令和			年 月 日	
申請者	住所	熊本市 中央 区 手取本町1番1号				
申請者は受給資格者を記入し	氏名	熊本 太郎				
	連絡先	連絡が取れる電話番号を記入				
窓口に来た方	住所					
(<input checked="" type="checkbox"/> 同上)	氏名				続柄	
	連絡先	— —				

1 記号番号

新

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

旧

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

受付印

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 ()