

## 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				
	氏 名			生年月日	M T S H 年 月 日 R
手帳の内容	身障療育精神	第 号	障がいの	種	(再)交付年月日 年 月 日
	手帳番号		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 style="text-align: center;">熊 本 市 長 様 <span style="float: right;">令和 年 月 日</span></p> <p>申請者 <u>住 所 熊本市 区</u></p> <p style="margin-left: 150px;"><u>氏 名</u></p> <p style="margin-left: 150px;"><u>連絡先</u> — — ( 電話 ・ FAX )</p>					

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 ( )