

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 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 55年 5月 5日 R	
	氏 名	熊本 太郎				
手帳の内容	身障療育精神	熊本市	障がいの 程 度	1 種	(再) 交付年月日	年 月 日
	手 帳 番 号	第 00000 号		1 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	熊本 太郎	熊本 太郎
	記号・番号	100 13928	1111-11111
	保険者の名称	熊本県市町村職員共済組合	熊本市
	保険者番号	32430415	430017
	保険資格 取得年月日	S H (R) 元年 5月31日	S H (R) 元年 6月1日
	受給資格者	熊本 太郎	熊本 太郎

上記の記入日を記載してください。

熊本市長様

令和 2 年 4 月 17 日

申請者

住 所 熊本市 中央 区 手取本町1番1号

氏 名 熊本 太郎

連 絡 先 096 - 328 - 2519 (電話・FAX)

- 1 申請者は受給資格者
(原則本人)
日中連絡がとれる電話番号
を記入してください

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 (