

重度心身障害者医療費受給者 再交付申請書 変更届 資格喪失届

呉市長 様

令和 年 月 日

重度心身障害者医療費支給要綱第10条の規定により、次のとおり届け出ます。

申請者 住所

窓口に來られた方  
18歳未満の場合は  
保護者

フリガナ

氏名

受給者との続柄( )

電話番号 - -

|       |               |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                         |  |  |  |  |  |  |
|-------|---------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|-------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 受給者   | フリガナ          |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 〈住所〉※申請者と同じ場合は省略可 |                         |  |  |  |  |  |  |
|       | 氏名            | 呉市 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |                         |  |  |  |  |  |  |
|       | 大昭平 年 月 日生 男女 |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 - -          |                         |  |  |  |  |  |  |
| 受給者番号 | 個人番号(マイナンバー)  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   | ※受給者番号の変更がある場合の新しい受給者番号 |  |  |  |  |  |  |

再交付

|       |   |
|-------|---|
| 申請の事由 | <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他( ) |
|-------|---|

変更

|                                 | 変更前         | 変更後 | 変更年月日   |
|---------------------------------|-------------|-----|---|
| <input type="checkbox"/> 住所     |             |     | 令和 年 月 日  |
| <input type="checkbox"/> 氏名     |             |     | 令和 年 月 日  |
| <input type="checkbox"/> 加入医療保険 | 被保険者        |     | 令和 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 障害認定(後期高齢移行) |
|                                 | 記号・番号       |     |   |
|                                 | 保険者名(保険者番号) | ( ) |   |
| <input type="checkbox"/> その他( ) |             |     | 平成 年 月 日  |

※扶養義務者の変更(有・無) ※有の場合、新しい扶養義務者の氏名・続柄 ( )

資格喪失

| 資格喪失の事由                               | 事由発生年月日  |
|---------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> 生活保護の開始 ( )  | 令和 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 市外転出 ( )     | 令和 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 等級・判定の変更 ( ) | 令和 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )      | 令和 年 月 日 |

以下は記入しないでください

|    |   |     |    |    |    |    |     |
|----|---|-----|----|----|----|----|-----|
| 受付 | 受給者証の訂正・回収<br><input type="checkbox"/> 証の訂正済(書換後の証の写しを添付)<br><input type="checkbox"/> 証の回収済   | 担当者 | 主査 | GL | 課長 | 入力 | 受付印 |
| 備考 |   |     |    |    |    | 決裁 |     |
|    |   |     |    |    |    | 郵送 |     |
|    | <input type="checkbox"/> 身障手帳確認 <input type="checkbox"/> 療育手帳確認 <input type="checkbox"/> 健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 課税台帳記載事項証明書等 |     |    |    |    |    |     |