

重度心身障害者医療費受給資格要件変更・喪失届

年 月 日

稚内市長 様

申請者 住所 稚内市
氏名
対象者との続柄
電話

重度心身障害者医療費の助成の受給資格について、次のとおり（変更がありました・資格を喪失しました）ので、届け出ます。

※受給者番号			
		変更・喪失前	変更後
(ふりがな)		-----男	-----
氏名		-----女	-----
生年月日		年 月 日生	
居住地		稚内市	
受給資格要件	医療保険の加入状況	保険種類	政・組・日・船・共・国・後
		被保険者記号番号	
		附加給付	有 ・ 無
		被保険者	
		保険者の称	-----
		(被保険者、組合員又は続柄)	
事件の状況	身体障害者手帳	交付年月日 年 月 日	交付年月日 年 月 日
		番号 第 号	番号 第 号
	療育手帳	交付年月日 年 月 日	交付年月日 年 月 日
		番号 第 号	番号 第 号
	判定(診断)	判定(診断) 年 月 日	判定(診断) 年 月 日
断定(診断)機関名		断定(診断)機関名	
総合判定	重度 ・ 中度 ・ 軽度	重度 ・ 中度 ・ 軽度	
※交付事由発生年月日		※審査 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 理由	
年 月 日			

※印の欄は記入しないでください。

課長	主査	担当