

重度心身障害者医療費受給資格内容等変更届

年 月 日

（宛先）

上尾市長

届出者 住 所  
氏 名  
電 話 番 号 — —

上尾市重度心身障害者医療費支給条例施行規則第7条の規定に基づき、次のとおり届け出ます。

		受給資格証記号番号		
受給資格者氏名		個人番号		
受給資格者	<input type="checkbox"/> 氏名・住所の変更 ( <input type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 届出者のとおり <input type="checkbox"/> 別添写しのとおり )			
	変更後の住所			
	変更後の氏名	変更後の電話番号	— —	
変更後の保護者	<input type="checkbox"/> 保護者の変更 ( <input type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 届出者のとおり )			
	住 所			
	氏 名	電 話 番 号	— —	
	生 年 月 日	年 月 日	申請者との続柄	
変更後の加入医療保険	<input type="checkbox"/> 加入医療保険の変更 ( <input type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 別添写しのとおり )			
	記 号 番 号	記 号	番 号	
	世帯主・被保険者・組合員・加入者氏名	申請者との続柄		
	保 険 者 名 称	電 話 番 号	— —	
	保 険 者 番 号	資格取得年月日	年 月 日	
公費負担医療	<input type="checkbox"/> 公費負担医療の受給資格の有無 ( <input type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 別添写しのとおり )			
	法律・制度名			
	受給者番号	資格取得・喪失年月日	年 月 日	
変更後の振込先	<input type="checkbox"/> 振込先金融機関の変更 ( <input type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 別添写しのとおり )			
	金 融 機 関 名	銀行・信用組合 信用金庫・農協 本店・支店		
	預 金 種 目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄	口 座 番 号	
	フ リ ガ ナ			
	口 座 名 義 人			
<input type="checkbox"/> その他の変更事項		( <input type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 別添写しのとおり )		
変 更 内 容				