|  |
| --- |
| 重度心身障害者医療費助成金受給資格者登録事項変更届年　　月　　日　　姶良市長　　　　　殿届出者　住所　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　印　 |
| 受給資格者証 | 記号 | 身（身 体 障 害 者）知（知 的 障 害 者）重（重 複 障 害 者） | 番号 | 第号 |
|  | 旧 | 新 |
| 登　　　録　　　事　　　項 | 対象者 | 住所 |  |  |
| 氏名 |  |  |
| 保護者 | 住所 |  |  |
| 氏名 |  |  |
| 対象者に係る医療保険 | 保険の種類 | 健保（協会・日雇・組合）・船保・国公・私学・国保（若人・退職）・後期高齢・地公 | 健保（協会・日雇・組合）・船保・国公・私学・国保（若人・退職）・後期高齢・地公 |
| 記号―番号 |  | 第号 |  | 第号 |
| 保険者の名称 |  |  |
| その他の事項（） |  |  |
| 届出者が受給資格者と異なっているときは、その事情 |  |
| （注）保護者が変るときには、新保護者が対象者を監護する者となったことが確認できる資料を添えてください。 |
| ※　下の欄は市で記入します。 |
| 変更年月日 | 年　　月　　日 | 資格者証変更交付 |  |
| 決　　裁年月日 | 年　　月　　日 | 決裁欄 | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 |
|  |  |  |  |