様式第8号(第6条、第7条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 重度心身障害者医療費受給資格内容等　変更・喪失　届  年　　月　　日  　　久喜市長　　　　あて | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 振込先 | 金融機関名 | 銀行・信用金庫・組合 | | | | 本店・支店 | | | | 申請者  住所    氏名  　電　話  　(受給者との続柄　　　 ) | | | | | |
| 口座種別 | 普通・当座 | | 口座番号 | |  | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | |
| 次のとおり、変更・喪失がありましたので届け出ます。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者 | ふりがな | | |  | | | | | | 受給者証番号 | | |  | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | |
| 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | 住所 | | |  | | | |
| 障がいの状況  (該当箇所に☑) | | | □身体障害者手帳所持者 | | | | | | | | | 程度  (該当箇所に☑) | | | □1級 □2級 □3級 |
| □療育手帳所持者 | | | | | | | | | □Ⓐ □A □B |
| □精神障害者保健福祉手帳所持者 | | | | | | | | | 1級 |
| □後期高齢者医療障害認定者 | | | | | | | | |  |
| 保護者 | 氏名 | | |  | | | | | 受給者  との続柄 | | | |  | | | |
| 住所 | | |  | | | | | 電話 | | | |  | | | |
| 加入医療保険 | 世帯主・被保険者・組合員・加入者氏名 | | |  | | | | | 受給者  との続柄 | | |  | | | 住所 |  |
| 保険種別 | | | 協・組・船・共・国・後 | | | | | 記号番号 | | |  | | | | |
| 名称 | | |  | | | | | 所在地 | | |  | | | | |
| 附加給付 | | | 有・無 | | 支給基準 | |  | | | | | | | | |
| 変更・喪失年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | 変更・喪失理由 | | | | | |  | | |