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 | 　 |