

## 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	
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

提出者

住 所

氏 名

電 話

(受給者との続柄 )

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 氏名			受給者証番号				
	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	□2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					