

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	提出者				
	口座種別	普通・当座	口座番号		住 所				
	フリガナ				氏 名				
	口座名義人				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				受 給 者 証 号				
	氏 名				番 号				
	生 年 月 日	年 月 日			住 所				
	障 が い の 状 況 (該 当 箇 所 に☑)	<input type="checkbox"/> 身 体 障 害 者 手 帳 所 持 者			程 度 (該当箇所に☑)	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級			
		<input type="checkbox"/> 療 育 手 帳 所 持 者				<input type="checkbox"/> Ⓐ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B			
<input type="checkbox"/> 精 神 障 害 者 保 健 福 祉 手 帳 所 持 者			<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級						
<input type="checkbox"/> 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				