

様式第7号(第7条関係)

重度心身障害者医療費受給資格内容等変更届

年 月 日

朝霞市長 宛

住所
氏名
(電話)

下記のとおり、変更がありましたので届けます。

受給者	氏名			受給者番号	
	生年月日	年	月	日	住所
障害の状況	身体障害者	第	号	程度	1級・2級・3級
	知的障害者	第	号	程度	Ⓐ・A・B
	精神障害者	第	号	程度	1級
	後期高齢者医療障害認定者	第	号	程度	高齢者の医療の確保に関する法律施行令別表 号該当
保護者	氏名				受給者との続柄
	住所				
加入医療保険	世帯主・被保険者組合員の氏名			保険証記号番号	
	名称				
	所在地				
	附加給付の有無	有・無	支給基準		
変更年月日	年	月	日	変更事由	