

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 | |