|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 課長 | 副課長 | 主幹 | 副主幹 | 担当 |
| 　 |  | 　 | 　 | 　 |

年　　月　　日

　都城市長　宛て

住所　都城市

氏名

（ 受給対象者との関係　　　　　　）

電話番号（　　　　）　　　－

　　　重度心身障害者医療費受給資格変更（喪失）届出書兼再交付申請書

　次のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 受給資格証番号 | 　 |
| 住所変更 | 新 | 都城市 |
| 旧 | 都城市 | 変更年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏名変更 | 新 | 　 |
| 旧 | 　 | 変更年月日 | 年　　月　　日 |
| 再交付 | 理由 | 　・紛失　・破損　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 再交付年月日 | 年　　月　　日 |
| 喪失 | 理由 | 　・死亡（氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　（　　　　　　　　　　年　　　月　　　日生）　・転出　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 喪失年月日 | 年　　月　　日 |
| 口座変更 | 　 | 銀行名 | 本・支店名 | 口座番号 | 口座名義人(カタカナ) |
| 新 | 　銀行金庫農協 | 　本店支店本所　　　　支所 | 　 | 　 |
| 旧 | 　銀行金庫農協 | 　本店支店本所　　　　支所 | 　 | 　 |
| 加入保険 | 保険種類 | 国・国組・政・健・共・日・船 | 保険者 | 番号 | 　 |
| 記号番号 | 　 | 電話番号 | 　 |
| 被保険者名 | 　 | 資格取得日 | 年　　月　　日 |
| 手帳 | 身体障害 | （　）級→１級 ２級 ３級 ４級 | ［番号］　　　　　　第　　　　　　　　号　　(　　　　　年　　　月　　　日交付) |
| 知的障害 | （　）→　Ａ　　Ｂ１　　Ｂ２ | ［番号］　　　　　　第　　　　　　　　号　　(　　　　　年　　　月　　　日交付) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入力 | 確認 | 交付 |
|  |  |  |