|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  |