

川越市重度心身障害者医療費受給資格喪失・登録事項変更届

令和 年 月 日

(提出先)

川越市長

住所
届出者 氏名
電話番号
FAX番号

登録者との続柄

[]

川越市重度心身障害者医療費支給に関する条例第10条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

Table with 6 rows for registrant information: 受給者番号, フリガナ, 氏名, 個人番号, 生年月日 (明・大・昭・平・令 年 月 日), 住所

資格の喪失

喪失事由
異動年月日 (令和 年 月 日)

届出事項の変更

(該当する事項の番号に○を付けてください)

Main table for change items: 1 障害の状況, 2 加入医療保険, 3 振込先口座 (金融機関, 口座番号, フリガナ, 口座名義人), 4 その他

※添付書類チェック欄

Table for attachment check: 保険変更, 本人以外への口座変更, 手帳更新, (変更後身体4級の場合), 後期高齢者障害認定, 生活保護開始

Table for processing and delivery: 処理 (年 月 日), 交付 (年 月 日)

(川越市保健医療部 高齢・障害医療課)