

(表 面)

第9号様式 (第8条関係)

受給者番号							
重度心身障害者医療費受給資格内容等変更 (喪失) 届 越谷市長 宛 令和 年 月 日 届出者 住 所 フリガナ 氏 名 受給者との関係 電話番号 (日中連絡先)					受付		
下記のとおり、受給資格の登録事項に変更がありました (受給資格を喪失しました) ので、越谷市重度心身障害者医療費支給に関する条例第9条第1項の規定により届け出ます。							
受給者	フリガナ				生年月日	大・昭 平・令 年 月 日	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ					
	個人番号	* * * * * * * * * * * * * *	年 齢	歳			
	住 所	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ					
障がい の 状 況	<input type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 別紙写しのとおり						
	障害者手帳	身体障害者手帳	番号	第 号	程度	1級・2級・3級	
		療育手帳	番号	埼 玉 県	第 号	程度	Ⓐ・A・B
		精神障害者保健福祉手帳	番号	第 号	程度	1 級	
	後期高齢者医療制度障害認定		程 度	施行令別表 第 号該当 施行令別表 第 号相当			
保 護 者	氏 名	受給者 との続柄					
	住 所	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ					
振 込 口 座	<input type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 別紙写しのとおり <input type="checkbox"/> 重度心身障害者手当と同じ <input type="checkbox"/> その他 ()						
	金融機関名	銀行・信用金庫・農協 支店					
	預金種別	普 通	フリガナ				
	口座番号	口座名義					

【加入医療保険】・【喪失事由】は裏面に記入欄あり

(裏面)

加入医療保険	<input type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 別紙写しのとおり					
	世帯主・被保険者・組合員・加入者氏名	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ	受給者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人	住所	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ
	保険の種別	協・組・船・共・国・後		記号番号		
	保険者番号			資格取得年月日	平・令 年 月 日	
	名称					

【同意・委任事項】 同意・委任する事項のチェック欄 (□) に『レ』を入れてください。

私及び私の加入する医療保険の世帯主・被保険者等は、医療費助成金の受給資格審査及び医療費助成金の支給のため、市長が必要な範囲内において、地方税関係情報、医療給付の支給に関する情報その他必要な情報を保有する機関に照会し、又は利用することについて、同意します。

(越谷市国民健康保険又は越谷市後期高齢者医療制度に加入の場合)

私の受けた療養が高額療養費、高額介護合算療養費等に該当したときは、医療費助成金への充実に当たり必要の高額療養費等の申請・受領に係る権限を、越谷市長に委任します。

令和 年 月 日

受給者氏名

印

(受給者と異なる場合) 世帯主・被保険者等氏名

印

喪失の場合	喪失理由	1 市外転出	2 受給者死亡	3 障がい程度 非該当
		4 生活保護受給	5 その他 ()	
	喪失年月日	令和 年 月 日	受給者証の回収状況	回収済(年 月 日)・未回収