

記入例

(表 面)

第9号

受給者番号

受付

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

障がい者本人
または
成年後見人等
の氏名等を記入

※電話番号も忘れず記入してください

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）

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						

次のとおり 別紙写しのとおり

障がいの状況	身体障	第	号	程度	1級・2級・3級
	障害者手帳				・A・B
	精神				1級
後期高齢者医療制度障害認定 程度					施行令別表 第 号相当

原則、障害者手帳のコピーを添付いただくため、当該記入欄は記入不要となります。

保護者	氏 名	受給者との続柄	
	住 所	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ	

次のとおり 別紙写しのとおり 重度心身障害者手当と同じ その他（ ）

振込口座	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	

振込先口座の変更を希望する場合は、記入してください。

- ・ 次の通り … 記入欄に本人口座の記入があれば、通帳等の写しは不要です。
- ・ 別紙写しのとおり…通帳等のコピーの添付があれば、記入欄は記入不要です。
- ・ 重度心身障害者手当と同じ…既に重心手当の口座が登録されている場合は記入不要です。

保険証の変更に係る記入欄は、【裏面】になります。

<input type="checkbox"/> 次のとおり	<input checked="" type="checkbox"/> 別紙写しのとおり			
世帯主・被保険者	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ	受給者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ

保険証の変更がある時は、記入してください。

- ・ 次の通り … 記入欄に本人の保険の記入があれば、保険証等の写しは不要です。
- ・ 別紙写しのとおり…保険証等のコピーの添付があれば、記入欄は記入不要です。

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。			
<input type="checkbox"/> 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に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に照会し、又は利用することについて、同意します。			
<input type="checkbox"/> (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な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			
		<input type="checkbox"/> 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

喪失理由	1 市外転出	2 受給者死亡	3 障がい程度 非該当
喪失の場合	4 生活保護受給	5 その他)

保険診療の確認等に係る「同意・委任」事項です

- ① それぞれの事項を確認の上、✓ (チェック) を付けてください。
- ② 受給者氏名欄に障がい者本人の氏名をご記入・押印してください。
※ 健康保険の世帯主 (加入者) が本人以外の場合は、下段に世帯主 (加入者) の氏名をご記入・押印してください。