様式第５号（第７条関係）

障害者医療費受給資格変更届出書

令和　　　年　　　月　　日

山元町長

　住　所

届出者　氏　名

（続柄：　　　　　）

　電　話

障害者医療費受給資格登録内容に変更が生じたので、山元町障害者医療費の助成に関する条例第７条第２項の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障　害　者 | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号（マイナンバー） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 性別 | 男　・　女 |
| 氏　　　　名 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　年　　　月　　　日 |
| 変更事項 | □ 健康保険証　（添付書類：新しい健康保険証の写し）□ 受給口座　（添付書類：新しい振込先の通帳またはキャッシュカードの写し）□ 障害等級　（添付書類：新しい障害者手帳等の写し）□ 受給者□ 住所　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 旧 |  |
| 新 |  |
| 〈保険変更の場合〉国保、後期高齢者医療制度、全国健康保険協会の場合は不要。※勤務先記入欄付加給付に関する証明 | 上記受給者の家族療養費に対する付加給付は次のとおりです。（給付規定等の内容）上記のとおり相違ないことを証明します。　　　　　年　　　月　　　　日　　　　　　　事業所名　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * 処 理 欄
 | 起案日　　　年　　月　　日 |  | 受付印 |
| 証交付　　　有　・　無 | 交付日　　　　年　　月　　日 |
| 課長 | 参事 | 班長 | 班員 | 担当 |
|  |  |  |  |  |