

重度心身障害者医療費受給資格内容等変更届										
年 月 日										
杉戸町長 あて										
住 所										
氏 名										
電話番号										
下記のとおり、変更がありましたのでお届けします。										
受給者	ふりがな				受給者証番号					
		(個人番号)								
	氏 名									
	生 年 月 日	年 月 日			住 所					
	障 害 の 状 況	身体障害者	身障手帳記号番号					程 度	1級・2級・3級	
		知的障害者	療 育 手 帳 番 号					程 度	㊦・A・B	
		精神障害者	精 神 手 帳 番 号					程 度	1 級	
後期高齢者医療障害認定者					程 度	施行令別表第 号該当				
保護者	氏 名				生年月日	年 月 日				
	住 所					受給者との続柄				
加入医療保険	世帯主・被保険者・組合員・加入者氏名				記号番号					
	保 険 種 別	協 ・ 組 ・ 船 ・ 共 ・ 国 ・ 後								
	名 称				所 在 地					
	付 加 給 付	有 ・ 無		支給基準						
変 更 年 月 日		年 月 日			変 更 事 由					
振込先	金融機関名	銀 行 ・ 信用金庫 ・ 農 協 本店支店								
	口 座 種 別	普 通 ・ 当 座			口 座 番 号					
	フリガナ口座名義									

決裁						受 付	年 月 日		
						交 付	年 月 日		