第６号様式

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 重度心身障害者医療費助成金受給資格者登録事項変更届  　　　年　　　月　　　日  龍　郷　町　長　殿  届出者　住　所  　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受 給 資 格 者 証 | | | | 記　号 | | |  | | 身（身体障害者） | | |  | 番　号 | | | 第　　　　号 | | | | | |
|  | | 精（精神薄弱者） | | |  |
|  | | 重（重複障害者） | | |  |
|  | | | | 旧 | | | | | | | | | 新 | | | | | | | | |
| 登　　録　　事　　項 | 対象者 | | 住所 |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 保護者 | | 住所 |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 対象者に係る  医療保険 | | 保険の種類 |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 記号－番号 |  | | | | | | 第　　　　　号 | | |  | | | | 第　　　　　号 | | | | |
| 保険者の名称 |  | | 健保（政管・日雇・組合）・船保・国公・ | | | | | |  |  | 健保（政管・日雇・組合）・船保・国公・ | | | | | | |  |
| 私学・国保（若人・退職・老人）・地方 | | | | | | 私学・国保（若人・退職・老人）・地方 | | | | | | |
| 老人保健法の医療受給者 | | | 番号 | | |  | | | | | | 番号 | | |  | | | | | |
| 発行機関名 | | |  | | | | | | 発行機関名 | | |  | | | | | |
| その他の事項  (　　　　　　　　　) | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 届出者が受給資格者と異なっているときは、その事情 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （注）保護者が変わるときには、新保護者が対象者を監護する者となったことが確認できる資料を添えてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 下の欄は市（町村）で記入します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変　更　年　月　日 | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |  | 資格者証 | | | |  | |  | |
| 変更交付 | | | |
| 決　裁  年月日 | | 年　　月　　日 | | | 決裁欄 | | | 課長 | | | 課長補佐 | | | | 係長 | | | | 係 | | |
|  | | |  | | | |  | | | |  | | |