

川越市重度心身障害者医療費受給資格喪失・登録事項変更届

令和 年 月 日

(提出先)  
川越市長

住所  
届出者 氏名  
電話番号  
FAX番号

登録者との続柄  
〔 〕

川越市重度心身障害者医療費支給に関する条例第10条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

登 録 者	受給者番号	
	フリガナ	
	氏名	
	個人番号	
	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日
	住所	

資格の喪失

喪失事由	
異動年月日	令和 年 月 日

届出事項の変更  
(該当する事項の番号に○を付けてください)

1 障害の状況	添付書類：身体障害者手帳等の写し				
2 加入医療保険	添付書類：加入医療保険を証する書面（資格確認書等）の写し				
3 振込先口座	金融機関	銀行 農協 信用金庫	本店 支店 出張所	科目	普通 当座
	口座番号				
	フリガナ				
	口座名義人				
4 その他	変更内容				

※添付書類チェック欄

保険変更	資格確認書等の写し	
本人以外への口座変更	申立書	
手帳更新	手帳の写し	
後期高齢者障害認定	認定書類一式・委任状	
生活保護開始	保護決定通知の写し	

処理	年 月 日
交付	年 月 日
引渡日 窓・〒	年 月 日