

様式第9号（第6条関係）

重度心身障害者医療費受給資格登録内容等変更（喪失）届									
深谷市長宛て									
住所氏名（電話番号）									
年 月 日									
下記のとおり、変更（喪失）がありましたので届け出ます。									
受給者	ふりがな				受給者証 記号番号				
	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 号該当		
保護者	氏 名				生 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 者 名								
	所 在 地								
	附 加 給 付		有 ・ 無	支 給 基 準					
変 更 （ 喪 失 ） 年 月 日			年 月 日			変 更 （ 喪 失 ） 事 由			
金 融 機 関 名				口 座 番 号			フリガナ 名 義 人		
銀行 農協 金庫 支店									

- ※1 変更事由が死亡の場合は受給者と口座名義人との続柄：
- ※2 相続人代表者届出も記入してください。