

様式第6号（第11条関係）

我孫子市重度障害者医療費受給資格に関する変更届

年 月 日

我孫子市長あて

住 所

届出人 氏 名

電話番号

次のとおり届け出ます。

受 給 者	住 所			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
変 更 事 項	1 住 所 2 加入している医療保険 3 銀行口座 4 世帯構成 5 その他（ ）	変更年月日	年 月 日	
変 更 前				
変 更 後				
添 付 書 類	変更の内容が分かる書類			

※ 受給者の加入している医療保険に変更があった場合又は受給者と同じ医療保険に加入している世帯員に変更があった場合は、受給者及び当該受給者と同じ医療保険に加入している世帯員の市町村民税の課税状況を証する書類が必要となります。ただし、次の同意書に記名押印した場合は、当該書類を省略することができます。

同 意 書			
重度障害者医療費の支給審査のため、医療費に対する高額療養費及び付加給付並びに受給者及び受給者と同じ医療保険に加入している世帯員に係る住民基本台帳及び市県民税課税台帳を、市職員が確認することに同意します。			
我孫子市長あて			
氏名	Ⓜ	氏名	Ⓜ
		氏名	Ⓜ