

様式第6号（第11条関係）

（表）

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

届出者 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											
	マイナンバー											
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、次の同意書に氏名を記入した場合は、当該書類を省略することができます。

(裏)

同意書

私は、変更の届出時及び受給期間中、重度障害者医療費の支給に必要な範囲で、市職員が地方税関係情報並びに医療費に対する療養費、高額療養費及び付加給付の給付状況を確認すること、加入している医療保険の保険者へ受給者名及び受給資格期間を情報提供すること並びに当該保険者と給付金額の調整をすることに同意します。

我孫子市長あて

① 氏名 (申請者本人)

マイナンバー 表面の対象者の欄に記入してください。

② 氏名

マイナンバー

③ 氏名

マイナンバー

④ 氏名

マイナンバー

⑤ 氏名

マイナンバー

⑥ 氏名

マイナンバー