

年 月 日提出

重度心身障がい者医療費助成 該当 ・ 非該当 届

新規		変更		(どちらかに○をつける)			
被 保 険 者 氏 名		被保険者証の記号・番号		所 属		内線番号	
		—					
対 象 者 氏 名	対象者生年月日	続 柄	助 成 開 始 日				
	年 月 日		入院	年 月 日より			
			外来	年 月 日より			
	年 月 日		入院	年 月 日より			
			外来	年 月 日より			
対 象 者 住 所 (住民票をおいている住所)	〒 —						
変 更 年 月 日	年 月 日						
変 更 理 由 (変更される方のみ記入)	1. 所得制限超過により助成されなくなったため。 2. 障害者等級の変更により助成されなくなったため。 3. 居住市町村変更のため。 4. その他(理由を記入)						
備考							

* 助成内容は市町村によって異なりますので、重度心身障害者医療費受給者証の写しを添付ください。(非該当の場合は不要です)