

様式第8号

個人コード		ケース番号	C	受給者番号	
重度心身障害者医療費受給資格内容等変更・喪失届出書 年 月 日 (あて先)川口市長 (申請者) 住 所 氏 名 電話番号 ()					
次のとおり、川口市重度心身障害者医療費の助成に関する条例第9条第1項の規定に基づき届け出ます。					
受給資格登録者	フリガナ			住 所	川口市
	氏 名			住 所	川口市
	生年月日	年 月 日		申請者との続柄	
	個人番号	(転入の場合、記入してください)			
	障 害 の 状 況	身体障害者	身障手帳番号		程度
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			受給資格登録者との続柄	
	住 所			電話番号	
	生年月日			職 業	
加入医療保険	被保険者氏名				
	保険種別	協 組 船 共 国 後		保 險 者 番 号	
				記 号 番 号 (被保険者番号)	
	名 称			所 在 地	
付加給付	有 ・ 無		支給基準		
事由発生年月日	年 月 日		申請事由		