

重 度 心 身 障 害 者 医 療 費 受 給 資 格			変 更 届 喪 失		
(宛先) 小樽市長			令和 年 月 日		
届出人 住 所 小樽市					
氏 名			自 宅 ー ー 電 話 携 帯 ー ー 連絡先() ー ー		
下記のとおり、資格を 令和 年 月 日 に 変更・喪失 しましたので届け出ます。					
受 給 者 番 号					
受 給 者 氏 名					
生 年 月 日		年 月 日		年 月 日	
		新		旧	
資 格 変 更 事 由	受 給 者	氏名		氏名	
		住所 証交付希望 (有 ・ 無)		住所	
	加 入 医 療 保 険	保険者名称		保険者名称	
		保険者番号		保険者番号	
		記号番号		記号番号	
主 計 者	被保険者(世帯主、組合員)氏名		被保険者(世帯主、組合員)氏名		
	資格取得年月日 平成・令和 年 月 日				
	氏名 宛名番号		氏名 宛名番号		
そ の 他	所得額 円		所得額 円		
	扶養人数 人 市民税 課税・非課税		扶養人数 人 市民税 課税・非課税		
		自宅・携帯・連絡先(ー ー)		自宅・携帯・連絡先(ー ー)	
		連絡先名		連絡先名	
資 格 喪 失 事 由	転出 (道内 ・ 道外) 転 出 予 定 日 令和 年 月 日			処 理 欄	
	その他 措 置 入 所 生活保護開始 所 得 超 過 事 由 発 生 日 令和 年 月 日			区分変更 有 ・ 無	
				証交付日 令和 年 月 日 証回収日 令和 年 月 日 喪 失 日 令和 年 月 日	

太 枠 の 中 を 記 入 し て く だ さ い。

変更した部分のみで結構です。

課 長	主 査	係	入 力	証回収	受 付