

様式第4号（第3条関係）

重度心身障害者医療費受給資格 変更
喪失 届

年 月 日

(宛先) 小樽市長

届出人 住所 小樽市 丁目 番 号
町 番地

氏名 印 電話 携帯 住宅 — —
連絡先() — —

下記のとおり、資格を 年 月 日 に 変更・喪失 しましたので届け出ます。

太枠の中を記入してください。

受給者番号			
受給者氏名			
生 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

		新	旧
資格 変更 更 事 由	受給者	氏名 住所	
	加入医療保険	保険者名 記号 番号 被保険者(世帯主、組合員)氏名 資格取得年月日 年 月 日	
	主計者	氏名 宛名番号 所得額 円 扶養人数 人 市民税 課税・非課税	
	その他	住宅・携帯・連絡先(— —) 連絡先名	

資格 喪失 事由	転出(道内・道外) 転出予定日 年 月 日	処 理 欄
	死 亡 生活保護開始 所得超過 そ の 他 事由発生日 年 月 日	証回収日 年 月 日 喪失日 年 月 日

課長	係長	係	入力	証回収	受付

様式第5号(第3条関係)

第 号
年 月 日

様

小樽市長

重度心身障害者医療費受給資格喪失通知書

次のとおり、 様の重度心身障害者医療費受給資格の喪失について通知します。

1 喪失の日 年 月 日

2 喪失の理由

3 その他

重度心身障害者入通院の申立書

年 月 日

(宛先) 小樽市長

住所 小樽市 丁目 番(地) 号

町

申立て者

氏名

印

対象者との続き柄

身体障害者手帳交付の原因となる入通院の日について、次のとおり申立てします。
この申立て内容は、事実と相違ありません。

申 立 て 内 容	対象者氏名	生年月日		明・大・昭・平	年	月	日		
	身体 障 害 者 手 帳 の 内 容	手帳交付年月日	平成	年	月	日	障害の程度	種	級
		障害の種類 (該当するものすべてを○で囲む。)							
		視 覚 聴 覚 平衡機能 音声、言語又はそしゃく機能 股体不自由 (上肢 ・ 下肢 ・ 体幹) 心臓機能 じん臓機能 呼吸器機能 ぼうこう又は直腸の機能 小腸機能 免疫機能 肝臓機能							
	容	身体障害者手帳の障害による医療の開始日		入院	平成	年	月	日	から
通院				平成	年	月	日	から	
	医療機関名	Tel		()	-			
備 考									