様式第６号（第５条、第６条関係）

精神障がい者医療費助成受給者資格変更・喪失届

|  |  |
| --- | --- |
| 受給者番号 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 障がい者 | 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
|  |
|  | 変更・喪失 | 変更前 | 事由 |
| 住所 |  |  | １　変更* 氏名の変更
* 受給者の変更
* 住所変更
* 個人番号の変更
* 医療保険の加入変更
* 金融機関の変更
* その他の変更

（　　　　　　　　　）上記の事由発生年月日（　　年　　月　　日）２　喪失* 死亡
* 他市町村への転出
* 医療加入保険の喪失
* 生活保護法の適用
* 申し出により

上記の事由発生年月日（　　年　　月　　日） |
| 受給者 | 氏名 |  |  |
| 住所 |  |  |
| 個人番号 |  |  |
| 振込先金融機関 | 機関名 |  |  |
| 支店名 |  |  |
| 口座番号 |  |  |
| 口座名義 |  |  |
| 医療保険の加入状況 | 被保険者 |  |  |
| 記号・番号 |  |  |
| 保険者名 |  |  |
| 保険者番号 |  |  |
| 上記のとおり、受給者証を添えて届け出いたします。加入医療保険資格情報について、燕市長が関係当局に報告を求めることに同意します。年　　月　　日　　　　　　　　　　　 住所届出者　　氏名　　　　　　　　 　　　　㊞　（続柄　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　(注)　記名押印に代えて署名することができます。燕市長　　　　　様 |