

様式第6号（第12条関係）

障害者医療証資格変更（喪失）届

年 月 日

島本町長 様

届出者 住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

対象者との続柄（ _____ ）

次のとおり医療証の資格の変更（喪失）を届け出ます。

対 象 者	氏名	生年月日	性別	受給者番号
		年 月 日	男・女	

区分		変更前	変更後
変 更	対 象 者	氏 名	
		住 所	<input type="checkbox"/> 届出者住所欄と同じ <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
	医 療 保 険	種 別	
		記 号	
		番 号	
		保 険 者 番 号	
	障 害 の 状 況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ _____ ）級 <input type="checkbox"/> 療育手帳（A・B1・B2） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ _____ ）級 <input type="checkbox"/> 難病者	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ _____ ）級 <input type="checkbox"/> 療育手帳（A・B1・B2） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ _____ ）級 <input type="checkbox"/> 難病者
そ の 他			
資 格 喪 失	喪 失 理 由	1 町外への転出 2 死亡 3 障害（難病）要件非該当（ _____ ） 4 その他（ _____ ）	
変 更（ 喪 失 ） 年 月 日		年 月 日（転出日等 _____ 年 月 日）	

【死亡・転出の場合のみ】登録口座変更

- 振込口座の変更はありません。
- 次の口座へ振込みしていただきますようお願いいたします。

金融機関名	銀行・信用金庫 農業協同組合	本店 支店
口座番号		預金種別 普通・当座
(フリガナ)		受給資格者 との続柄
口座名義		