

第7号様式（第11条第1号）

重度心身障害者医療費等助成受給資格変更申請書

年 月 日

香取市長 様

申請者 住 所 _____
 (保護者) 氏 名 _____
 本人との続柄 _____
 電話番号 _____

次のとおり重度心身障害者医療費等助成に係る受給資格の変更を申請します。

住 所			
氏 名		生年月日	年 月 日
個人番号		受給者番号	

◆変更事由 ※該当するものに☑してください。

変更事由	変更前	変更後
<input type="checkbox"/> 住所		
<input type="checkbox"/> 氏名		
<input type="checkbox"/> 加入保険	記号 番号	記号 番号
	名称	名称
	加入年月日 年 月 日	加入年月日 年 月 日
<input type="checkbox"/> 受給者同一の健康保険加入者		
<input type="checkbox"/> 振替金融機関	銀行 信用金庫 本店 信用組合 支店 農協	銀行 信用金庫 本店 信用組合 支店 農協
	口座番号	口座番号
	口座名義人	口座名義人
<input type="checkbox"/> その他		
備考		

※基準世帯員に変更がある場合（同一保険加入者に追加があった場合等）は、裏面の記載も必要です。

(裏)

同意書

香取市重度心身障害者医療費等助成受給資格申請に当たり、規則で定める基準世帯員となったため、変更申請書の提出時から受給資格が喪失するまで、次のことについて同意し、個人番号を届出いたします。

- ・ 障害者本人又は基準世帯員から特に申出がない限り、今後、助成事務に必要な障害者本人及び基準世帯員の住民基本台帳情報、健康保険情報、市民税課税状況等の調査をすること。
- ・ 上記について、公簿等（マイナンバーによる情報連携を含む。）で確認を行うこと。

(自署又は記名押印)

追加となる基準世帯員（受給者と同一の健康保険加入者等）

氏名 _____ ④ 個人番号 _____

氏名 _____ ④ 個人番号 _____

氏名 _____ ④ 個人番号 _____

氏名 _____ ④ 個人番号 _____

氏名 _____ ④ 個人番号 _____