

様式第7号（第8条関係）

重度心身障害者・ひとり親家庭等医療費受給資格変更届

年 月 日

帯広市長 様

届出人 住 所

氏 名 印

(電話 ー)

私及び私の世帯員は、所得・課税状況と他制度による医療助成状況等の確認に同意し、次のとおり受給資格の変更を届出いたします。

記

受 給 者 名						受 給 者 証 番 号	第 号
住 所	新						変更 年 月 日
	旧						
氏 名	新						変更 年 月 日
	旧						
保 険	新	種 類		保 険 者		番 号	変更 年 月 日
	旧						
そ の 他	新	扶 養 義 務 者		所 得 更 正			変更 年 月 日
	旧						
新 旧	新						変更 年 月 日
	旧						

(注1) 届出人は、太枠の中のみ記入してください。

(注2) 生計が同一と判断される場合は同一世帯員として扱います。

上記のとおり記載事項変更届の提出がありましたので、供覧します。

課 長	福祉司	補 佐	主 査	主 任	係	供 覧 年 月 日	年 月 日
						報告者職氏名	

上記の世帯主（被保険者）等の変更に伴い調査した結果、一部負担金の割合に変更が生じたので、次のとおり決定します。

課 長	福祉司	補 佐	主 査	主 任	係	起 案 年 月 日	年 月 日
						決 裁 年 月 日	年 月 日
						起 案 者 職 氏 名	
一部負担金の割合の変更内容			変 更 前	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 1割		適用期日	
			変 更 後	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 1割		年 月 日から	