

重度心身障害者 医療費受給資格 変更(喪失)届出兼再交付申請書

＜受給者＞（変更対象となる方、受給資格が喪失となる方、受給資格証を再交付する方）

○代理人（本人又は本人の保護者や扶養義務者等以外の方）が申請する場合
私は、重度心身障害者医療費受給資格変更(喪失)届出又は再交付申請に係る一切の手続を届出者の欄に記載の者に委任します。

氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日					
		個人番号						
		電話番号						
住所			市処理欄	宛名番号				
				受給者番号				

＜届出事項＞（届出項目の□にレをつけ、届出内容を記入し関係書類の写しを添付してください。）

☐ 氏名変更	(変更前)		(変更後)		
☐ 手帳変更	☐ 身体障害者手帳：1級・2級・3級・4級		有効期限	有	年 月 日
	☐ 療育手帳：A・B-1・B-2			無	
	☐ 精神障害者保健福祉手帳：1級				
☐ 配偶者変更	フリガナ	生年月日	年 月 日		
		個人番号			
☐ 扶養義務者変更	フリガナ	生年月日	年 月 日		
		個人番号			
☐ 保険変更	保険種類	☐ 情報照会 ☐ 被保険者等であることを確認できる書類		保険給付割合	割
		1. 国保(□都城市 □他市区町村 □組合) 2. 後期(□宮崎県 □他都道府県) 3. 社保(□協会けんぽ □組合健保 □船員 □国公共済 □地公共済 □私学共済)			
	被保険者氏名	☐ 受給者と同じ(記入不要)	被保険者個人番号		
☐ 口座変更	理由	1. 口座情報変更 2. 受給者死亡(. .)	情報提供方法	☐ 公金受取口座を利用する ☐ 通帳又はキャッシュカード等	
	いずれかに○				
☐ 第三者行為	別紙のとおり				
☐ 喪失	理由	1. 障がい程度非該当 2. 市外生活保護の受給開始・再開 3. 他法の適用(□子ども医療 □ひとり親医療 □寡婦医療) 4. 有期切れ 5. 所得制限 6. その他()			
	いずれかに○				
☐ 再交付	理由	1. 紛失 2. 破損 3. その他()			
☐ 所得の修正申告	理由	1. 本人 2. 保護者又は扶養義務者 3. 配偶者	年度		
	いずれかに○				

＜届出者＞

都城市長 宛て		(届出日)		年 月 日	
上記のとおり、届出事項について関係書類を添えて届け出ます。					
氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日		
		個人番号			
		電話番号			
住所	☐ 受給者と同じ(記入不要)		続柄	受給者から見て	

都城市使用欄

届出者 本人確認		受給資格証			
1 点確認書類 ☐ 個人番号カード ☐ 免許証 ☐ 障がい者手帳 ☐ その他()		1. 氏名変更 ☐ 訂正 ☐ 発行 ☐ 無			
2 点確認書類 ☐ 資格確認書 ☐ 介護保険証 ☐ 医療受給者証 ☐ その他()		2. 手帳変更 ◆新受給資格証：次の受給資格証を発行 ☐ 重度 ☐ 重度(20歳未満) ☐ 中度			
受給者確認(代理人申請の場合) ☐ 個人番号カード ☐ 免許証 ☐ 重心医療受給資格証 ☐ 障がい者手帳 ☐ 委任状 ☐ 登記事項証明書(成年後見人)		◆旧受給資格証： ☐ 回収 ☐ 無			
申請方法 ☐ 窓口 ☐ 郵送 ☐ リモート ☐ オンライン		3. 喪失 ☐ 回収 ☐ 期限訂正 ☐ 無 交付方法 ☐ 窓口 ☐ 郵送(R . .)			
		決 裁 欄			
		課長	副課長	主幹	副主幹
				担当	担当

