別記様式第１４号（第１６条関係）

重度心身障害者　医療費受給資格　変更届

＜受給者＞（変更対象となる方）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　 　 月　 　 日 | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | 個人番号 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | （建物名等） | | | | 市処理欄 | | | 宛名番号 | | | | | | | |
| 受給者番号 | | | | | | | |

＜変更する事項＞（変更があった項目の□にレをつけ、変更内容を記入してください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ 住所 | （変更前） | 市　　処　　理　　欄 | 年　　　月　　　日 |
| （変更後） |
| □ 氏名 | （変更前） | 年　　　月　　　日 |
| （変更後） |
| □ 保険者 | ※ 受給者の健康保険証等を提示してください | 年　　　月　　　日 |
| □ 生計維持者 | （変更前）  　　（　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日生） | 年　　　月　　　日 |
| （変更後）  （　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日生） |

＜届出者＞（受給者本人 または 保護者）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 北見市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（届出日）　　　　 　年　 　月　 　日  上記のとおり、申請内容に変更がありましたので届出します。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　 　 月　 　 日 | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | 署名 | 個人番号 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号 | － 　　 　　　　－ | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | □受給者と同じ　（記入不要）  （建物名等） | | | | 続柄 | | | 受給者から見て | | | | | | | |

北見市使用欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本　人　確　認 | 添　付　書　類 | 備　　考 | | |
| ①番・免・パ・手帳  他（　　　　　　　）  ②証・年金・児童・バス  社員・学生  他（　　　　　　　）  ③ヒア  代理権確認  受給者証・保険証・障害者手帳  委任状・他（　　　　　　　　　　　）  郵送 | □受給者の保険証等の写し  □同意書  □その他（　　　　　　　　　） |  | | |
| 第　４　類 | | |
| 受　給　者　証 | 課長 | 係長 | 係 |
| □発行　□訂正　□無 |