別記第９号様式（第 11 条関係）

重度障がい者医療証変更届

年　　月　　日

中　間　市　長　　様

届出人　　住　　所

氏　　名

電話番号

個人番号

下記のとおり、変更がありましたので、中間市重度障がい者医療費の支給に関する条例施行規則第 11 条第２項の規定により届け出ます。

また、当該変更に係る審査並びに高額療養費及び高額介護合算療養費の請求に関して、中間市が所得調査等を行うことを承諾します。

当該変更の申請に関して、中間市が市町村民税に係る情報並びに児童手当又は特別児童扶養手当等の支給に関する情報の提供を受けるために個人番号を利用することを承諾します。

高額療養費及び高額介護合算療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を中間市長に委任します。

ＮＯ	受給者番号	氏　　名	生年月日
①			年　　月　　日
②			年　　月　　日
③			年　　月　　日
④			年　　月　　日
⑤			年　　月　　日

Ⅰ　変更事由（該当する番号を○で囲む。）

１．受給者の住所　　２．世帯主等の住所　　３．受給者の氏名　　４．世帯主等の氏名

５．受給者の世帯主、被保険者、組合員　　６．被保険者証（組合員証）の記号、番号

７．送付先　　８．その他（　　）

Ⅱ　変更内容

変更年月日	変　更　前	変　更　後
年　　月　　日		

医療証回収