|  |
| --- |
| **重度心身障がい者医療費受給資格者異動届出書** |
| 令和　　　年　　　月　　　日美里町長　上　田　泰　弘　様届出者　住所：　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　印　次のとおり、受給資格（　者に係る事項に変更が生じた　・　が消滅した　）ので、美里町重度心身障がい者医療費助成に関する条例第10条の規定により届け出ます。 |
| 変更事項 | 氏名 | 新 |  | 受給資格者証番号 |  |
| 旧 |  |
| 住所 | 新 |  |
| 旧 |  |
| 保険 | 新 | 記号及び番号 |  | 付加給付 | 有（　　　）・無 |
| 被保険者名 |  | 続柄 | 本人・（　　　　） |
| 保険者名 |  | 保険者番号 |  |
| 旧 | 記号及び番号 |  | 付加給付 | 有（　　　）・無 |
| 被保険者名 |  | 続柄 | 本人・（　　　　） |
| 保険者名 |  | 保険者番号 |  |
| 変更年月日 | 　令和　　年　　月　　日　　　　　*※新欄は変更分のみ記入してください。* |
| 受給資格者の要件消滅 | １　町外に転出（転出先：　　　　　　　　　　　　　　）２　受給資格者の死亡（令和　　年　　月　　日　死亡　）３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 添付書類 | ・保険変更については、医療保険の被保険者証・重度心身障がい者医療費受給資格者証 |

様式第9号（第9条関係）

**＊口座変更**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **口座振替申出書**上記の受給者に係る美里町重度心身障がい者医療費助成金を下記の口座に振り込まれるよう申し上げます。令和　　　年　　　月　　　日　美里町長　上田　泰弘　様提出者　氏名：　　　　　　　　　　印　（受給資格者との続柄：　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | □　肥後銀行　　□　熊本宇城農協□（　　　　　　　　　）銀行・信金 |  |  |  |  |
| 支店（支所）名 | □　砥用　　　□　甲佐　　　□　松橋□　下東　　　□（　　　　　　　　　　　） |  |  |  |  |
| 口座番号等 | 普通口座 |  |
| 口座名義 | （カタカナ） |

 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入力 |  | 確認 |  |