

様式第6号(第10条関係)

重度心身障害者医療費助成金受給資格等変更届

年 月 日

都 留 市 長 様

住 所
届出人
氏 名

下記のとおり申請事項に変更がありましたのでお届けします。

受 給 者	☐ 届出人住所と同じ (チェック欄) 住 所			
	☐ 届出人住所と同じ 氏 名 生年月日 (個人番号:)			
	受給者証の番号			
保 護 者 ※ 申 請 者 が 18歳未満の場合 記 入 し て く だ さ い	☐ 受給者住所と同じ 住 所			
	氏 名 生年月日 (個人番号:)			
	受給者との 続 柄		電話 番号	
変 更 事 由	☐ 保険証が変わった ☐ 受給資格要件を変更したい ☐ 婚姻・離婚した ☐ その他 ☐ 転居した ☐ 振込先を変更したい ()			
変更項目	☐ 保険証 ☐ 氏名 ☐ 住所 ☐ 振込先口座 ☐ 受給要件 ☐ その他 ()	変更年月日	年 月 日	
		変更後内容		

【国保または後期高齢者の保険証を変更した場合は下記のいずれかにチェック】

受給者の保険証変更につき、

☐国民健康保険被保険者世帯を代表し、裏面の事項①に委任・同意します。

世帯主氏名 (記名押印に代えて署名することができます)

☐後期高齢者医療保険被保険者として、裏面の事項②に委任・同意します。

重度心身障害者医療費助成金に係る同意事項

重度心身障害者医療費助成金の支給事務を行うにあたり、次の①から②について都留市長が行います。

①市町村国保に加入している方

- 受給者が加入する保険者から助成金の算定に必要な資格、保険給付額、所得区分等の情報の提供を受け、保険者に助成金の受給資格情報等を提供すること。
- 受給者の医療費が国民健康保険高額療養費及び高額医療・高額介護合算療養費（医療分）の支給対象になったときの申請、受領及び助成金に充当すること。

②後期高齢者医療保険に加入している方

- 受給者が加入する保険者から助成金の算定に必要な資格、保険給付額、所得区分等の情報の提供を受け、保険者に助成金の受給資格情報等を提供すること。
- 受給者の医療費が後期高齢者医療保険高額療養費及び高額医療・高額介護合算療養費（医療分）の支給対象になったときの申請、受領及び助成金に充当すること。