福祉医療受給資格認定事項異動届(障がい者)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受 給 者 番 号 | | | | | | | 対象者氏名 | | | | | 生年月日 | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 個　　　 人　　　 番　　　 号 | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※変更がある項目に☑を入れてご記入ください。

**氏名・住所変更**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 新住所・氏名・個人番号 | 旧住所・氏名 |
| 対象者 | 住　　所 |  |  |
| 氏名/個人番号 |  |  |

**振込口座変更**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 銀行・支店名 | 銀行　信用組合  農協　信用金庫 | | 本店　店番  支店(　　　) |
| 種目（科目）・番号・名義人 | 預金種目  普通・当座 | 口座番号 | 名義人(カタカナで記入) |

**保険変更**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記号番号・  被保険者 | 記号 | | | | | 番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 被 保 険 者 個 人 番 号 |  |  |  |  |  |  |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 被 保 険 者 氏 名 |  | | | | | 被保険者住所 | | |  | | | | | | | | | | |
| 保険者の名称 |  | | | | | 1　全国健康保険協会　　4　健康保険組合  2　船員保険　　　　　　5　国民健康保険  3　共済組合　　　　　　6　後期高齢者医療 | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者番号 | 右詰でご記入ください。 | | | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |
| 資格取得年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**等級変更**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 身体障害者手帳 | 療育手帳 | 精神障害者保健福祉手帳 |
| 級　→　　級 | 級　→　　級 | 級　　→　　　級 |

上記のとおり異動しましたので届けます。

また、福祉医療費助成の算定のため、健康保険の被保険者の所得情報及び住民税課税情報並びに健康保険の被保険者及び被扶養者又は国民健康保険の世帯主及び世帯員の乳幼児、小中学生、高校生等及び母子・父子福祉医療費受給情報を佐世保市長が確認することに同意します。

佐世保市長様 　　　　　　年　　　月　　　日

住　　所：佐世保市

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 修正済 | 未修正 | 不持参 |
|  |  |  |

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

氏　　名：

電話番号：　　　　　―　　　　　　―

**本人確認　□(個カ パ 免 障 療育 精神　受証　その他(　　　　　　　　　　))**

**代理人確認□(個カ パ 免 障 療育 精神　受証　その他(　　　　　　　　　　))**