

変更  
喪失

重度心身障害者医療費受給資格等 変更・喪失届

年 月 日

盛岡市長 様

届出者 住所  
氏名  
連絡先

次のとおり 変更 ・ 喪失 となりましたので届け出ます。

<届出に該当する受給者>

Table with 3 columns: 受給者番号, 氏名, 生年月日. Row 1: 01 - - - , , 年 月 日

<受給者に関する変更>

Form with multiple sections: 氏名・住所, 保険証, 振込先, 課税の状況, 書類送付先の変更, 住所, 受給資格の該当要件の変更. Includes checkboxes and input fields for various details.

<保護者に関する変更>

※ 保護者とは、受給者を監護（監督・保護）している人

<input type="checkbox"/> 保護者の変更		<input type="checkbox"/> 保護者の削除（その場合は、緊急連絡先をご記入ください）			
フリガナ		性別	続柄	生年月日	
氏名		男 女		年	月 日
住所	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ住所	〒		電話番号	- -

<配偶者に関する変更>

<input type="checkbox"/> 配偶者の変更（押印が必要）		<input type="checkbox"/> 配偶者の削除		<input type="checkbox"/> 課税の状況（年度）	
届出に当たり、盛岡市個人番号の利用等に関する条例第3条に基づき、医療費の給付に係る受給者証の交付及び更新の申請に係る審査において、市長が地方税関係情報等を取得することに同意します。					
フリガナ		性別	続柄	生年月日	住所 <input type="checkbox"/> 届出者と同じ住所
氏名	Ⓢ	男 女		年 月 日	
転入・市外居住の場合	本年1月1日時点の住所地		都道府県 市区町村		
	昨年1月1日時点の住所地		都道府県 市区町村		
※ 市外に居住している場合は、マイナンバーの記入をお願いします。					
マイナンバー（市外に居住の方）					

<扶養義務者に関する変更>

※ 扶養義務者とは、受給者の生計を維持している人

<input type="checkbox"/> 扶養義務者の変更（押印が必要）		<input type="checkbox"/> 扶養義務者の削除		<input type="checkbox"/> 課税の状況（年度）	
届出に当たり、盛岡市個人番号の利用等に関する条例第3条に基づき、医療費の給付に係る受給者証の交付及び更新の申請に係る審査において、市長が地方税関係情報等を取得することに同意します。					
フリガナ		性別	続柄	生年月日	住所 <input type="checkbox"/> 届出者と同じ住所
氏名	Ⓢ	男 女		年 月 日	
転入・市外居住の場合	本年1月1日時点の住所地		都道府県 市区町村		
	昨年1月1日時点の住所地		都道府県 市区町村		
※ 市外に居住している場合は、マイナンバーの記入をお願いします。					
マイナンバー（市外に居住の方）					

<資格喪失>

資格喪失年月日 年 月 日

<input type="checkbox"/> 転出	<input type="checkbox"/> 死亡（注）	<input type="checkbox"/> 生活保護開始	<input type="checkbox"/> 他給付該当（ ）
<input type="checkbox"/> 障害程度軽減	<input type="checkbox"/> その他（ ）		

注：死亡の場合は、相続人の振込先（別様式）の提出が必要です。