

## 重度心身障害者医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

(宛先) 飯能市長

受給者 住 所

氏 名

電 話

下記のとおり受給者証の再交付を申請します。

受 給 者 証 番 号				
受 給 者		氏 名		
受 給 者		生 年 月 日 年 月 日		
受 給 資 格 内 容 等 の 変 更	住 所		(〒 )	
	氏名	受 給 者		
		保 護 者		
	加 入 医 療 保 険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名		
		保 険 者 名 称	(保険者番号 )	
		保 険 者 の 所 在 地		
		記 号 ・ 番 号		
	付 加 給 付 内 容			
	口 座 振 替 先	金 融 機 関 名	銀 行 ・ 信 用 金 庫	本 店 ・ 支 店
			農 業 協 同 組 合	出 張 所
口 座 種 別		当 座 ・ 普 通		
口 座 番 号				
口 座 名 義 人 (カタカナ)				
そ の 他 の 事 項				
変 更 年 月 日		年 月 日		
受 給 資 格 の 喪 失	受給資格喪失理由			
	1 他市町村へ転出 転出先 (住 所 (〒 ) 電 話 )			
	2 生活保護受給開始			
	3 死亡			
	4 その他(理由 : )			
喪 失 年 月 日		年 月 日		
再 交 付	受給者証再交付理由			
	1 破損又は亡失 2 その他(理由 : )			