

様式第7 (第6条関係)

重度心身障害者等医療費助成金受給資格者登録事項変更・資格喪失届									
年 月 日									
鹿児島市長 殿									
届出者住所									
氏名									
電話番号									
受給資格者証				記号	身(身体障害者) 知(知的障害者) 精(精神障害者) 重(重複障害者)		番号	第 号	
				旧			新		
登録事項	対象者	住所							
		氏名							
	保護者	住所							
		氏名							
	対象者に係る医療保険	保険の種類							
		記号・番号							
		保険者名称							
	その他の事項 ()								
喪失理由			生保開始・死亡・転出 (市・町・県へ) その他 ()						
届出者が受給資格者と異なっているときは、その事情									
(注) 保護者が変わるときには、新保護者が対象者を監護する者となったことが確認できる資料を添えてください。									
※ 下の欄は、市で記入します。									
変更喪失		年 月 日		年 月 日		資格者証 変更交付			
決裁 年月日		年 月 日		決裁欄					