第８号様式（第１１条関係）

重度心身障がい者（児）医療費受給資格変更届

年　　月　　日

鎌ケ谷市長　　様

届出者　住所
電話番号
氏名
対象者との続柄

対象者の受給資格に下記のとおり変更が生じたので鎌ケ谷市重度心身障がい者（児）医療費助成条例施行規則第１１条第２項の規定により届け出ます。

記

対象者

住　　所			
フリガナ		生年月日	年　　月　　日
氏　　名			
	個人番号		

変更事由　（変更点のみ記入）

住所変更	旧		新	
氏名変更	旧		新	
加入医療保険変更 ※　医療保険証の写しを添付してください。	保険種別	１　社保　２　国保　３　国保組合　４　その他		
	保険者名			
世帯構成変更	市民税所得割 課税世帯へ変更		市民税所得割 非課税世帯へ変更	
その他				

同一医療保険世帯者（加入医療保険の変更及び世帯員の変更があった場合のみ記入）

氏名		個人番号	
氏名		個人番号	
氏名		個人番号	
氏名		個人番号	
氏名		個人番号	
氏名		個人番号	