

様式第6号（第10条関係）

重度障害者医療費受給資格変更届

令和 年 月 日

(宛先)高槻市長

申請者 住 所
氏 名
受給者との続柄（ ）
電 話

次のとおり変更があったので届け出ます。

受給者番号								フリガナ 受給者氏名	
変更事項			変更後				変更前		
受給者	フリガナ 氏 名								
	住 所								
加 入 医療保険	保険種別		国保・健保・共済・後期・その他（ ） 本人・家族				国保・健保・共済・後期・その他（ ） 本人・家族		
	記号・番号								
	被保険者の 氏名及び 住 所								
	発行機関の 名 称								
	付 加 給 付		有（ ）・無				有（ ）・無		
	特定疾病の 認 定		有・無 令和 年 月 日				有・無 令和 年 月 日		
障害程度	身体 障害	等 級	1・2・3・4・5・6級				1・2・3・4・5・6級		
		種別及び 等級 取得日	視・聴・言・肢・内 令和 年 月 日(再交付)				視・聴・言・肢・内 交付日 令和 年 月 日		
	知的 障害	程 度	A・B1・B2				A・B1・B2		
		判 定 日	令和 年 月 日 (次回判定日 年 月)				交付日 令和 年 月 日		
	精神 障害	等 級	1級・2級・3級				1級・2級・3級		
		等 級 取得日	令和 年 月 日 (次回更新日 年 月 日)				交付日 令和 年 月 日		
変更年月日			令和 年 月 日						