第７号様式

船橋市重度心身障害者医療費助成受給資格事項変更届

年　　月　　日

船橋市長　あて

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

届出者　氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続　　柄 ＿＿＿＿＿

電話番号　　（　　）

船橋市重度心身障害者医療費の助成に係る受給資格事項に変更がありましたので、次のとおり届け出ます。

■届出に係る重度心身障害者

住　　所			
フリガナ		個人番号（マイナンバー）	
氏　　名		生年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日
電話番号	自　宅・携　帯・ＦＡＸ （　　）	受給者番号	

■変更事由　※該当するものにチェック☑してください

事由発生日	年　　月　　日			
□　住所変更	旧		新	
□　氏名変更	旧		新	
□ 世帯構成変更	□市町村民税所得割課税世帯へ変更		□市町村民税非課税世帯へ変更	
□ 加入保険変更 **※資格確認書または有効な保険証をお持ちの場合は、写しを添付してください。**	保険種別	□国民健康保険　□後期高齢　□国民健康保険組合 □社会保険（組合健保、共済組合、協会けんぽ等）　□その他（　　）		
	保険者名称		資格取得日	年　　月　　日
	保険者番号		記号番号	
	被保険者		住所（被保険者）	
	同一保険世帯者	氏名	個人番号	
		氏名	個人番号	
		氏名	個人番号	
□　その他				

■同意書

船橋市重度心身障害者医療費助成受給資格認定申請にあたり、次のことについて同意します。

- 障害者本人又は同一世帯者から特に申出がない限り、今後、助成事務に必要な障害者本人及び同一世帯者の市民税額、健康保険給付状況、高額療養費判定区分等の調査をすること。
- 重度心身障害者医療費助成と、加入している健康保険からの高額療養費、付加給付等の保険給付により医療費助成額に重複が生じたときは、受けている医療費助成額を限度に、市が医療費の助成を受けている者に代わり全部または一部の保険給付を受け取ること。また、これらのために必要な、障害者本人の氏名、生年月日、被保険者番号、受給者番号等の情報（高額療養費、付加給付等の算定に必要とする情報）を、加入している健康保険に提供すること。
- 上記について、個人番号による照会を行うこと。

申請者氏名　　**障害者氏名（申請者に同じ場合は記入不要）**

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※上記同意書欄へのご署名をお願いします。