

個人番号		受給者番号									
心身障害者医療費受給者証再交付申請書 心身障害者医療費受給資格変更・喪失届											
蒲郡市長様											
年 月 日											
住所 受給者 氏名 電話 ()											
次のとおり〔再交付の申請 変更・喪失の届出〕をします。											
変更後											
変更前											
事由											
受給者	住所										
	氏名										
	生年月日	年 月 日									
被保険者の加入状況	住所	□受給者に同じ									
	氏名	□受給者に同じ									
	生年月日	年 月 日									
	記号・番号	記号 番号 枝番									
	保険者の名称										
	保険者の住所										
附加給付 有・無											
障害区分	1 身障 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6) 級 〔手帳番号 第 号 交付年月日 〕										
	2 知的 (A ・ B) 〔手帳番号 第 号 判定年月日 ・ 次期判定年月 〕										
	3 自閉症										
備考											