

様式第4号（第6条関係）

重度心身障害者医療費申請事項変更届

年　　月　　日

(宛先) 佐倉市長

届出人 住 所 _____
氏 名 _____
個人番号 _____
電話番号 _____

次の事項について、変更がありましたので届け出ます。

受給者 氏名			
受給者 番号			
変更事項	氏 名		
	住 所		
	加入医療 保険変更	名 称 記号番号	/
	世帯の 課税状況	<input type="checkbox"/> 住民税所得割額 課税 →非課税 <input type="checkbox"/> 住民税所得割額 非課税→課税	
	その他		
変更年月日	年	月	日

同意書

重度心身障害者医療費助成制度による所得判定に必要な世帯状況の確認及び市民税課税状況の確認のために、佐倉市が課税台帳等の公簿により確認をすることに同意します。また、佐倉市以外が課税情報を保有する場合においては、個人番号による照会を行うことに同意します。

受給者と同一の健康保険加入者 氏名 印 (個人番号：)

受給者と同一の健康保険加入者 氏名 印 (個人番号：)

受給者と同一の健康保険加入者 氏名 印 (個人番号：)