

第9号様式（第6条関係）

決 裁	課長	補佐	係長	主任	係		受付	年 月 日
							決裁	年 月 日
							交付	年 月 日

平成 年 月 日

池田町長 殿

届出人	住所	揖斐郡池田町
	氏名	(印)
受給者番号		—
受給者氏名		
生年月日	M・T・S・H 年 月 日生	

福祉医療費受給資格等変更届

次のとおり変更したので届け出ます。

( 重度 ・ 母子 ・ 父子 ・ 乳幼児 ・ 児童 ・ 生徒 )

事由	<input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 資格喪失 <input type="checkbox"/> 保険の変更 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> その他 (                      )
変更前	
変更後	変更年月日 (平成 年 月 日)

注 1. 受給者証を添付すること。

2. 加入保険の変更は、新しい健康保険証を提示すること。