

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

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	T・S・H・R	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 (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。