

福祉医療費受給資格変更届書

年 月 日

(宛先)伊勢崎市長

申請者 住 所  
氏 名 電話番号 ( )

来庁者 住 所  
氏 名 続 柄  
電話番号 ( )

次のとおり 保険の種類 }  
住所 } 変更になりましたので、伊勢崎市福祉医療費支給に関する条例  
受給資格者 } 第9条第1項第3号の規定により届け出ます。  
その他 }

受給資格者	氏 名		性別	生年月日	公費負担者番号	受給資格者番号	
変更事項	区 分		新		旧		
	住 所						
	健康保険の種類	記 号 ・ 番 号					
		被保険者、世帯主氏名					
		保 険 者 番 号					
		名 称					
		住 所					
		付 加 給 付 の 有 無					
		そ の 他 の 変 更 事 項					

(注) 変更事項欄は、該当項目欄のみ記入のこと。