

記載例

福祉医療費受給資格変更届書

令和〇年〇月〇日

(宛先)伊勢崎市長

受給資格者本人の住所・氏名を書いてください。

申請者 住所 伊勢崎市〇〇町100
氏名 伊勢崎 太郎

電話番号 〇〇(〇)〇〇〇

受給資格者が子どもの場合は、保護者の情報を書いてください!

来庁者 住所 同上
氏名 伊勢崎 花子

続柄 母

電話番号 〇〇(〇)〇〇〇

次のとおり

保険の種類

住所

受給資格者

その他

が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第9条第1項第3号の規定により届け出ます

福祉受給者証または承認通知書に記載されています

受給資格者	氏名	性別	生年月日	公費負担番号	受給資格者番号
	伊勢崎 太郎	男	平成〇年〇月〇日	12345678	1234567
変更事項	区分	新			旧
	住所	〇〇町100			□□町50
	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。