

## 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 花子統 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 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。