

# 記載例

福祉医療費受給資格変更届書

令和〇年〇月〇日

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

(宛先)伊勢崎市長

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**

来庁者 住所  
氏名 続柄  
電話番号 ( )

次のとおり 保険の種類 } 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  
住所 } 第9条第1項第3号の規定  
受給資格者 }  
その他 }

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	
	<b>伊勢崎 太郎</b>	<b>男</b>	平成〇年〇月〇日	<b>12345678</b>	<b>1234567</b>	
変更事項	区分	新		旧		
	住所	<b>〇〇町100</b>		<b>□□町50</b>		
	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。