

様式第6号(第10条関係)

医療福祉費受給資格等変更届

公費負担者 番号		受給者 氏名	
受給者番号			

届出事項	変更前	変更後	変更年月日
氏名	ふりがな	ふりがな	
住所			
扶養義務者	対象者又はその父母との続柄 ()	対象者又はその父母との続柄 ()	
所得	円	円	
支払い口座等	支払い区分 預金種類 金融機関名 口座番号 口座名称	支払い区分 預金種類 金融機関名 口座番号 口座名称	
障害の程度	級	級	
高校等在学状況			
加入保険の世帯主 被保険者 組合員			
種別 保険者の 名称 所在地	協会・組・船・共・国	協会・組・船・共・国	
被保険者証の 記号番号			

医療福祉費受給資格の内容等について変更がありましたので、医療福祉費受給者証を添えて、上記のとおりお届けいたします。

年 月 日

桜川市長 様

住所
届出者
氏名



(注) 押印は、署名(自筆)の場合は、必要ありません。
押印をぼ印に代えることは、差し支えありません。