

福祉医療費受給資格変更届

年 月 日

朝日町長様

住所 _____
 届出者 _____
 (保護者等) 氏名 _____ 印 _____
 電話番号 _____

福祉医療費受給資格（1. 障がい者 2. 一人親家庭等 3. 子ども 5. 障がい者（後期高齢者医療制度の被保険者））について、次のとおり変更が生じたので受給資格証を添えて届け出ます。

受給資格証番号			
受給資格者氏名			
	変 更 事 項	変 更 年 月 日	
1. 氏 名	姓 () 名 ()	年 月 日	
2. 住 所		年 月 日	
3. 障害の内容等	等級等	障害名	年 月 日
4. そ の 他			年 月 日
5. 振 込 口 座	銀行・金庫 農協 支店		年 月 日
	口 座 番 号	普・当	
	口 座 名 義 人		
6. 加入医療保険	被 保 険 者 氏 名		
	記 号 ・ 番 号		
	保 険 者 の 名 称		
	保 険 者 番 号		
	保 険 者 所 在 地		
	資 格 取 得 日	年 月 日	
7. 所 得	※所得証明を添付してください。		

※変更が生じたものの番号に○を付し、詳細を右欄に記入してください。