

様式第5 (第13条関係)

後期高齢者福祉医療費受給資格等変更届

年 月 日

(宛先) 小牧市長

届出者 住 所

(受給者) 氏 名

電話番号 - -

次のとおり変更が生じました。

受給者	受給者番号						
	住 所						
	氏 名						
	生年月日	年 月 日			性別	男・女	
区分	新		旧		変更年月日		
住 所					年 月 日		
氏 名					年 月 日		
加入 保 険	名称 (保険者番号)					年 月 日	
	記号番号						
	被保険者氏名						
	附加給付の 状 況	有 ・ 無		有 ・ 無			
認 定 区 分	<input type="checkbox"/> 身体・知的障害等 (等級) <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 母子・父子家庭 <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳保持 <input type="checkbox"/> 精神措置入院 <input type="checkbox"/> 結核勧告入院 <input type="checkbox"/> 寝たきり・認知症 <input type="checkbox"/> 精神障害 (等級) <input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 身体・知的障害等 (等級) <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 母子・父子家庭 <input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳保持 <input type="checkbox"/> 精神措置入院 <input type="checkbox"/> 結核勧告入院 <input type="checkbox"/> 寝たきり・認知症 <input type="checkbox"/> 精神障害 (等級) <input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> その他 ()		年 月 日		

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。