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	1 同上 2 ()		
	氏 名			
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日		
	個 人 番 号			
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	1 受給者と同じ 2 ()	1 受給者と同じ 2 ()	
	附 加 給 付 の 状 況	有 ・ 無	有 ・ 無	
認 定 区 分	☐ 身体・知的障害等 (等級) ☐ 自閉症 ☐ 母子・父子家庭 ☐ 戦傷病者手帳保持 ☐ 精神措置入院 ☐ 結核勧告入院 ☐ 寝たきり・認知症 ☐ 精神障害 (等級) ☐ ひとり暮らし ☐ その他 ()	☐ 身体・知的障害等 (等級) ☐ 自閉症 ☐ 母子・父子家庭 ☐ 戦傷病者手帳保持 ☐ 精神措置入院 ☐ 結核勧告入院 ☐ 寝たきり・認知症 ☐ 精神障害 (等級) ☐ ひとり暮らし ☐ 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。

受給者証	回 収 未回収	番 号	受 付
------	------------	-----	-----