

後期高齢者福祉医療費受給資格等変更

ご記入いただいた日

令和 ×年 ○月 ×日

（あて先）小牧市長

ご住所・お名前・電話番号を
記入してください

届出者 住 所 小牧市堀の内○丁目×番地

（受給者）氏 名 小牧 花子

電話番号 0568 - 80-××××

次のとおり変更が生じました。

受給者	受給者番号	1	0	×	×	×	×	×		
	住 所	1 同上 2 ()								
	氏 名	小牧 花子								
	生 年 月 日	明・大・昭 5年 ○月 ×日								
	個 人 番 号	××××××××××××								
区 分		新			旧			変 更 年 月 日		
住 所								令和 年 月 日		
氏 名								令和 年 月 日		
加 入 保 険	名 称 (保険者番号)							令和 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 1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			□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			令和 ×年 ○月 ×日		

「受給者」の欄はすべて記載してください。
以下、変更があった内容のみを記載してください。（旧内容は記載不要）

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	
------	------------	-----	--	-----	--