

福祉医療費受給資格等変更届

平成 年 月 日

中津川市長 様

住所 _____

申請者

(受給者) 氏名 _____ (印)

(電話 -)

中津川市民福祉医療費助成金支給条例第8条の規定により受給資格等の変更について、
次のとおり届け出ます。

助成区分		69歳老人	乳幼児	重度心身障害者	受給者番号	
		母子家庭等	父子	重度障害老人		
項目		変更後			変更前	
助成対象者	変更年月日	平成 年 月 日				
	氏名					
	住所					
加入保険者	変更年月日	平成 年 月 日				
	記号・番号					
	名称					
		所在地				
	被保険者証の種類					
	被保険者名(受給者名)					
助成対象者との続柄						
支払場所の指定	変更後			変更前		
	金融機関名	口座名義	口座番号	金融機関名	口座名義	口座番号