様式第６（第１３条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **後期高齢者福祉医療費受給資格等変更届**  令和　　　年　　　月　　　日  犬　山　市　長  　　　　住　　所  届出者　氏　　名  　　　　電話番号（　　　　 －　　　　 －　　　　）  下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者番号 | | | **１** | | |  | | |  | | | |  | |  | | | | |  | | | |  | |
| 受給者 | 氏名 | |  | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | 大正  昭和 | | 年　　月　　日 | | | | | | |
| 個人番号 | |  |  | | |  |  | |  |  | | |  | |  | |  | | | |  |  | |  |
| 該当する事項にチェックを入れ、該当する項目に記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事項 | □　氏　名　　　　　　　　□　住　所　　　　　　　　□　認定区分  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　：　　　　年　　　　月　　　　日） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 記載欄（変更箇所のみご記入ください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 事由発生年月日 | | | | |
| 変　　　　　更　　　　　項　　　　　目 | 受給者 | 氏　　　　　　名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 住　　　　　　所 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 認定区分 | | | | 変　　更　　内　　容 | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| □　身体・知的障害 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| □　母子父子家庭 | | | |
| □　戦傷病者手帳所持 | | | |
| □　精神措置入院 | | | |
| □　結核勧告入院 | | | |
| □　寝たきり・認知症 | | | |
| □　精神障害 | | | |
| □　ひとり暮らし | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 備考 |  | | | | | 受付印 |
|  |
|  | 受付 | 確認 | システム | 証交付 |
|  |  |  | 窓口　　　年　　月　　日  郵送　　　年　　月　　日 |