

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	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	<input type="checkbox"/> 氏 名 <input type="checkbox"/> 住 所 <input type="checkbox"/> 認定区分 <input type="checkbox"/> 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
		<input type="checkbox"/> 身体・知的障害		
		<input type="checkbox"/> 母子父子家庭		
		<input type="checkbox"/> 戦傷病者手帳所持		
		<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		
		<input type="checkbox"/> 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	