様式第7号(第10条関係)

医療福祉費受給資格等変更届

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証記号番号 | |  | 受給者氏名 | |  | |
| 受給者証記号番号 | |  | 受給者氏名 | |  | |
| 受給者証記号番号 | |  | 受給者氏名 | |  | |
| 届出事項 | 変更前 | | | 変更後 | | 変更年月日 |
| 氏名 | ふりがな | | | ふりがな | |  |
|  | | |  | |
| 住所 |  | | |  | |  |
| 扶養義務者 | 対象者又はその父母との続柄  (　　　) | | | 対象者又はその父母との続柄  (　　　) | |  |
| 所得 | 円 | | | 円 | |  |
| 支払口座等 | 支払区分　　預金種類  金融機関名  口座番号　　口座名称 | | | 支払区分　　預金種類  金融機関名  口座番号　　口座名称 | |  |
| 障害の程度 | 級 | | | 級 | |  |
| 高校等在学状況 | 学校名等 | | | 学校名等 | |  |
| 加入保険の世帯主  被保険者  組合員  加入者 | 世帯主  被保険者  組合員  加入者 | | | 世帯主  被保険者  組合員  加入者 | |  |
| 種別  保険者の名称  　　　　所在地 | 政・組・船・共・国・後期 | | | 政・組・船・共・国・後期 | |  |
| 被保険者等　記号・番号 |  | | |  | |  |
| 喪　　失 | 喪失理由〔死亡・転出・その他（　　　　　　　　　　　　）〕 | | | | |  |
| 医療福祉費受給資格の内容等について変更がありましたので，医療福祉費受給者証を添えて，上記のとおり届けます。  　　　　年　　月　　日  　　つくばみらい市長　　　　様  住所  届出者  氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | |