様式第8号(第11条関係)

医療福祉費受給資格等変更届

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公費負担者番号 | |  | 受給者氏名 | |  | |
| 受給者番号 | |  |
| 届出事項 | | 変更前 | | 変更後 | | 変更年月日 |
| 氏名 | |  | |  | |  |
|  | |  | |
| 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 | |  |
| 支払い口座等 | | 支払区分　　　預金種目  金融機関名  口座番号  口座名義人 | | 支払区分　　　預金種目  金融機関名  口座番号  口座名義人 | |  |
| 障害の程度 | | 級 | | 級 | |  |
| 高校等在学状況 | |  | |  | |  |
| 加入保険の世帯主  被保険者  組合員 | |  | |  | |  |
| 保険者の | 種別  名称  所在地 | 協・組・日・船・共・国・国組・後期 | | 協・組・日・船・共・国・国組・後期 | |  |
| 被保険者証等の記号番号 | |  | |  | |  |
| 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，医療福祉費受給資格者証を添えて，上記のとおり届けます。  　　　　　　年　　月　　日  　常陸大宮市長様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所  届出者  氏名　　　　　　　　　　印  (注)押印は，署名(自筆)の場合は，必要ありません。  押印をぼ印に代えることは，差し支えありません。 | | | | | | |