

様式第8号 (第6条関係)

福祉医療費受給資格等変更届

年 月 日

可児市長 様

住 所 \_\_\_\_\_

届出人

氏 名 \_\_\_\_\_

(電話) - -

下記受給者について、次のとおり変更がありましたのでお届けします。

受給者証の種類等	1 子ども	2 重度心身障がい者	3 母子家庭等	4 父子家庭
受給資格者	氏 名	生年月日	受給者番号	
			—	
			—	
			—	
			—	
			—	

変更項目		新				旧					
<input type="checkbox"/>	住 所	可児市				可児市					
<input type="checkbox"/>	氏 名										
<input type="checkbox"/>	記 号 番 号	記号		番号		記号		番号			
		保 険 者 名 称									
	保 険 者 所 在 地										
	被 保 険 者 証 の 種 類	1 特例退職	2 日雇特例			1 特例退職	2 日雇特例				
		3 その他			3 その他						
<input type="checkbox"/>	被 保 険 者 氏 名										
<input type="checkbox"/>	受 給 資 格 者 と の 続 柄										
<input type="checkbox"/>	身障手帳等										
<input type="checkbox"/>	金 融 機 関 名	銀行・農協 支店 店番号 信金・信組 出張所 ( )				銀行・農協 支店 店番号 信金・信組 出張所 ( )					
		(フリガナ)				(フリガナ)					
	口 座 名 義										
<input type="checkbox"/>	口 座 番 号	普通・当座					普通・当座				
変更年月日											