

(様式第4号) (第6条関係)

箕輪町福祉医療費給付金受給資格者異動(変更)届

年 月 日

箕輪町長 あて

申請者 住 所  
署 名  
電 話

資 格 区 分	1 妊産婦		4 身体障害者手帳 1・2・3級			
	2 子ども		5 療育手帳 A1・A2・B1・B2			
資 格 区 分	3 ひとり親家庭の親子等		6 精神障害者保健福祉手帳 1・2級			
			7 障害年金			
資 格 区 分			8 65歳以上障がい者			
受 給 者	氏 名	生 年 月 日	続 柄	受給者番号 個人番号		
				受給者番号		
				個人番号		
				受給者番号		
				個人番号		
				受給者番号		
			個人番号			
<input type="checkbox"/> 資格区分変更	変更年月日		変 更 後			
<input type="checkbox"/> 資格喪失	喪失年月日		喪失理由	転出・死亡・その他 ( )		
	資格者証回収	回収済・後日返送・その他 ( )				
<input type="checkbox"/> 氏名変更	変 更 前		変更後			
<input type="checkbox"/> 住所変更	変 更 前	箕輪町大字			受給者証	<input type="checkbox"/>
	変 更 後	箕輪町大字			送付先	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 医療保険の変更	<input type="checkbox"/> 被保険者であることを示す証明書等による					
<input type="checkbox"/> 振込先の変更	金融機関名			支店名		
	口座番号			(カタカナ) 口座名義		