(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２　子ども３　ひとり親家庭の親子等 | ４　身体障害者手帳　１・２・３級５　療育手帳　A1・A2・B1・B2６　精神障害者保健福祉手帳　１・２級７　障害年金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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 受給者番号 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| □資格区分変更 | 変更年月日 |  | 変　更　後 |  |
| □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（　　　　　　　　　　） |
| □氏名変更 | 変　更　前 |  | 変更後 |  |
| □住所変更 | 変　更　前 | 箕輪町大字 | 受給者証送付先 | □ |
| 変　更　後 | 箕輪町大字 | □ |
| □医療保険の変更 | □被保険者であることを示す証明書等による |
| □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 |  |