

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・B2 6 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				
						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		☐
	変 更 後		箕輪町大字					送付先		☐
☐ 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		