

福祉医療費受給資格変更届

年 月 日

木津川市長 宛て

住 所 木津川市
届出者
氏 名

| 受給者氏名 | 生年月日 |
|-------|-------|
| | 年 月 日 |
| | 年 月 日 |
| | 年 月 日 |
| | 年 月 日 |

次のとおり、福祉医療の受給資格に変更がありましたので、届け出ます。

【受給中の制度】

- ☐ 障害者医療 ☐ ひとり親医療 ☐ 老人医療
☐ 重度心身障害老人健康管理事業 ☐ 京都子育て支援医療

| 変更理由 | 変更前 | 変更後 |
|-----------------|-----|-----------------------------------|
| 住 所 ※受給者証を添付 | | <input type="checkbox"/> 届出者住所と同じ |
| 氏 名 ※受給者証を添付 | | |
| 保険者名 | | |
| 障害等級 (IQ) | | |
| そ の 他 () | | |