

## 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 ( )		