

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

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 ※保険証（写し）を添付	発行機関名（保険者名）	発行機関名（保険者名）
障害等級（IQ）		
その他 ( )		