

様式第9号（第8条関係）

福祉医療費受給資格認定事項異動届 (障・乳・子ども・母・父・寡・幼)					
受給者証の記号・番号		※			
異 動 内 容	支 給 対 象 者	区 分	異 動 前	異 動 後	異動理由
		フリガナ 氏 名			
		個人番号			
		住 所			
	受 給 者	フリガナ 氏 名			
		個人番号			
		生年月日			
		住 所			
	又 国 は 民 社 健 会 保 険	加入保険の 名 称			
		被保険者証の 記号・番号			
		被保険者名			
		付加給付			
	異 動 の 事 他 項 の				
	<p>上記のとおり、異動しましたので届け出ます。あわせて、異動内容の審査及び異動後の医療費助成申請に対する審査・支給額決定にあたり、世帯の所得状況等を公簿又は個人番号により確認することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 届出者 氏名 ㊟</p>				

(注) 記名押印又は自筆による署名をしてください。

受付	電算入力	交付	確認