

様式第7号(第10条関係)

医療福祉費受給資格等変更届

公費負担者番号	受給者氏名
受給者番号	

届出事項	変更後	変更前	変更年月日
氏名			
住所			
扶養義務者	対象者又はその父母との続柄 ()	対象者又はその父母との続柄 ()	
所得	円	円	
障害の程度	級	級	
高校等在学状況	学校名等	学校名等	
加入保険の世帯主 被保険者 組合員	世帯主 被保険者 組合員	世帯主 被保険者 組合員	
種別 保険者の名称 所在地	協会・組・日・船・共・国・国 組・後期・退国	協会・組・日・船・共・国・国 組・後期・退国	
被保険者等 記号・番号			
その他			

医療福祉費受給資格の内容等について変更がありましたので、医療福祉費受給者証を添えて、上記のとおり届けます。

年 月 日

鹿嶋市長 様

届出者 住所

(受給者又は 氏名

保護者等) 電話番号