

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 ()			
障害の程度		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					