

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	鹿嶋 太郎	
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				
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				
<p>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。</p> <div><div>年 月 日</div><div>記入日</div></div> <div>鹿嶋市長 様</div> <div>届出者 住所 (受給者又は 氏 名 保護者等) 電話番号</div> <div>対象者がお子さんの場合は 保護者の方の住所・氏名</div>				