

福祉医療費受給資格喪失・変更届

年 月 日

沼田市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

受給資格者との続柄  
( )

※受給資格者又は保護者等の申請となります。その他の方が来庁した場合はご記入ください。

来庁者 住 所  
氏 名  
電話番号

受給資格者との続柄  
( )

次のとおり、福祉医療費受給資格について（喪失した・変更があった）ので届け出ます。

受給資格区分	1. 子ども 2. 重度心身障害 3. 高齢重度障害 4. 母子（父子）家庭等			
受給資格者	氏 名	生 年 月 日	世帯主との続柄	受給資格者番号
喪失	喪失の理由			
	喪失年月日	年 月 日		
変	変更の内容	1.住所 2.医療保険の種類 3.受給資格者 4.その他（ ）		
	変更年月日	年 月 日		
	住所	新		
旧				
更	医療保険の種類	区 分	新	旧
		名 称		
		記 号 ・ 番 号		
		被保険者、組合員、加入者又は世帯主の氏名		
		加入者個人番号		
		事業所名(保険者名)		
		付加給付の有無		
項	その他の変更事項			

(注) 変更事項欄は、当該項目欄のみ記入のこと。【番号】個番C・住民票・（ ）

【本人】個番C・免許証・（ ）