

様式第6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	変更前	変更後	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	
支払い口座等	支払区分 預金種目 金融機関名 口座番号 口座名義人	支払区分 預金種目 金融機関名 口座番号 口座名義人	
障害の程度	級	級	
高校等在学状況			
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		
種別 保険者の名称 所在地	協会・組・船・共・国・国組・ 後期	協会・組・船・共・国・国組・ 後期	
被保険者等 記号・番号			
<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> <p>年 月 日</p> <p>茨城町長 あて</p> <p style="text-align: right;">住所 届出者 氏名</p>			