

様式第9号 (第8条関係)

福祉医療費受給資格認定事項異動届 (障・乳・子ども・母・父・子・寡・幼)						
受給者証の記号・番号			※			
異動内容	支給対象者	区 分	異 動 前	異 動 後	異 動 理 由	
		フリガナ氏名				
		住 所				
	受給者	フリガナ氏名				
		生年月日				
		住 所				
	国又は健康保険 又は社会保険	加入保険の名称				
		被保険者証の記号・番号				
		被保険者名	()	()		
		付加給付				
	その他事項					
	上記のとおり、異動しましたので届け出ます。					
	年 月 日					
	住所 届出者 氏名 ⑧					

(注) 記名押印又は自筆による署名をしてください。

受付	電算入力	交付	確認