

受給者証を交付してよろしいでしょうか

村長	副村長	課長	係長	係

様式第5号（第2条関係）

## 福祉医療費受給資格内容変更申請書

喬木村長 様 年 月 日

申請者 住所 \_\_\_\_\_ 通報区 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり福祉医療費受給資格が変更となりましたので、受給者証の交付を申請します。  
なお私の世帯にかかる課税台帳等税務関係書類を村長が調査確認することを承諾します。

### 1. 受給資格者

氏名	生年月日	性別	続柄	受給者番号
	年 月 日			
	年 月 日			

### 2. 変更内容

#### ①変更前

該当要件	区分	乳幼児等・障害・母子・父子・特定疾患・精神通院		
	※障害区分の場合 障害手帳等の種類		等級	
	手帳交付番号		交付年月日	

#### ②変更後

該当要件	区分	乳幼児等・障害・母子・父子・特定疾患・精神通院		
	※障害区分の場合 障害手帳等の種類		等級	
	手帳交付番号		交付年月日	

(添付書類)

- ・変更後の資格が確認出来る書類
- ・保険証の写し（国民健康保険・後期高齢者医療保険以外の場合）

交付年月日	年 月 日	公簿等確認	
児童手当	該当・非該当		