

福祉医療受給資格認定事項異動届(障・乳幼・こ・母子・父子・寡)

受付印

受給者証番号	支給対象者氏名	生年月日
		明治・大正 昭和・平成年 月 日 ( 歳)
		明治・大正 昭和・平成年 月 日 ( 歳)
		明治・大正 昭和・平成年 月 日 ( 歳)
		明治・大正 昭和・平成年 月 日 ( 歳)
		明治・大正 昭和・平成年 月 日 ( 歳)

該当するものに○をつけてください。

異動の理由	長与町内転居 ・ 長与町外転出 ・ 婚姻 ・ 離婚 ・ 加入医療保険変更 ・ 障害等級変更
	生活保護受給 ・ その他 ( ) ※認定事項異動により、受給資格が喪失した場合は、異動年月日に資格喪失日を記入すること。

変更の内容(変更があった点のみ記入してください。)

異動前			異動後		異動年月日	
支給対象者	氏名				令和	年 月 日
	住所	長与町			令和	年 月 日
	加入医療保険	名称			令和	年 月 日
		記番号			令和	年 月 日
		被保険者名			令和	年 月 日
		被保険者番号			令和	年 月 日
障害等級変更				令和	年 月 日	
受給者	氏名				令和	年 月 日
	住所	支給対象者と同じ ・ 長与町	支給対象者と同じ ・		令和	年 月 日
	振込口座	銀行名	※普通口座のみ 銀行・信用組合 農協・信用金庫	※普通口座のみ 銀行・信用組合 農協・信用金庫	令和	年 月 日
		支店名	本店 支店	本店 支店	令和	年 月 日
		口座番号			令和	年 月 日
口座名義				令和	年 月 日	
その他の異動事項				令和	年 月 日	

上記のとおり、異動しましたので、届け出ます。

令和 年 月 日

長与町長様

住所	
届出者氏名	印 電話番号 - -