様式第10号（第11条関係）

福祉医療費受給資格変更・喪失届

大台町長　様

大台町福祉医療費の助成に関する条例第10条の規定により、次のとおり届出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※太枠の中のみ記入してください。 | 届出日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 届出者 | 住所 | 大台町 |
| 氏名 |  | 電話番号 |  |
| 所得情報及び健康保険の加入状況等の医療費助成に関する必要な情報（マイナンバー制度による情報連携を含む。）の閲覧に関し、同意します。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 分区給受 | こども　・　一人親家庭等　・　障がい者　・　65歳以上重度障がい者 |
| 受給者 | かな |  | 生年月日 | 昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  | 住所 | □申請者と同じ |
| かな |  | 生年月日 | 昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  | 住所 | □申請者と同じ |
| かな |  | 生年月日 | 昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  | 住所 | □申請者と同じ |
| かな |  | 生年月日 | 昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  | 住所 | □申請者と同じ |
| 変更事項 | 変更内容 | 　保険変更　・　振込先変更　・　住所変更　・　氏名変更　・　その他 |
| 変更後の健康保険　※資格確認書、資格情報のお知らせの写し等を添付する場合は記入不要 |
| 記号番号 |  | 被保険者名 |  |
| 保険者名 |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 加入日 |  |
| 変更後の振込先　※通帳等の写しを添付する場合は記入不要 |
| 金融機関名 |  | 支店名 | 支店　　　　　　　　出張所 | 種別 | 普通当座 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | 名義（カナ） |  |
| 変更後の住所又は氏名 |
| 氏名 |  | 住所 |  |
| 喪失 | 喪失事由 | 死亡・転出・その他（　　　　　　　　　　　） | 喪失年月日 | 　　　　年　　　月　　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  | 決裁 | 課長 | 係長 | 係 |
| 理由発生日 |  |  |  |  |
| システム入力 |  |
| 証交付日 |  |  |