

第5号様式(第13条関係)

後期高齢者福祉医療費受給資格等変更届

年 月 日

日進市長 宛て

申請者  
住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

次のとおり変更を届出します。

区	分	新	旧	変更年月日
受給者	個人番号			
	氏名			
	住所			
	加入保険	名称		
		記号・番号		
認定区分	(項目) <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体障害</li> <li>・知的障害</li> <li>・自閉症状群</li> <li>・ひとり親家庭等</li> <li>・戦傷病者</li> <li>・精神措置入院(第29条)</li> <li>・結核患者勧告入院</li> <li>・寝たきり高齢者</li> <li>・認知症高齢者</li> <li>・精神手帳</li> <li>・自立支援(通院のみ)</li> <li>・ひとり暮らし高齢者</li> <li>・その他</li> </ul>			