

後期高齢者福祉医療費受給資格等変更届

R 年 月 日

長久手市長 殿

住所 長久手市

受給者 氏名

電話

次のとおり変更が生じました。

受給者番号			
区分		新	変更年月日
受給者	住所	愛知県長久手市	
	氏名		
認定区分	項目	1 身体・知的障害等 1・2級	前回（ ）から変更
		2 母子・父子家庭	
3 戦傷病者手帳所持			
4 精神措置入院			
5 結核勧告入院			
6 寝たきり・認知症			
7 精神障害			

受付		受付内容 確認		入力確認	
----	--	------------	--	------	--

受給者証返却依頼済み（R . . 受領）