

様式第6号(第13条関係)

後期高齢者福祉医療費受給資格変更届

年 月 日

(宛先)愛西市長

申請者 住 所

氏 名

電 話 () —

下記のとおり後期高齢者福祉医療費の受給資格に変更がありました。

受給者番号			
受給者	住 所		
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
区 分		新	旧
認定区分	1 身体・知的障害		
	2 母子・父子家庭		
	3 戦傷病者手帳保持者		
	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		
	8 ひとり暮らし		
	9 自立支援		
	10 精神入院		
変更年月日	年 月 日		