**福祉医療費助成受給資格「内容変更届」兼「喪失届」**

申請日：令和　　　年　　　月　　　日

次のとおり医療費助成資格の内容に変更が生じましたので、届け出ます。

**太枠内をご記入ください**

神戸市　　　　区長 宛

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **受給者** | 氏　名 |  | 生年月日 | 大・昭・平 |
| 年　　月　　日 |
| 住所 | 区 | 連絡先 | －　　　　　－  ※平日の日中に連絡がつく電話番号（携帯等） |
| ※住所又は氏名変更の場合、旧住所・旧氏名でご記入ください。 | | | | |
| **届出人** | 受給者と同じ（受給者と同じ場合は以下記入不要） | | | |
| 氏名（ 続柄 ） | （　　　　） | 連絡先 | －　　　　　－  　※平日の日中に連絡がつく電話番号（携帯等） |
| 住　　 　所 | 上記住所と同じ | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **変更対象者** | 氏名 | | | 受給者番号 | | | | | 受給者証回収 | |
| 上記受給者 | | |  | | | | | 未 ・ 済 , 令 　/　　/ | |
|  | | |  | | | | | 未 ・ 済 , 令 　/　　/ | |
|  | | |  | | | | | 未 ・ 済 , 令 　/　　/ | |
|  | | |  | | | | | 未 ・ 済 , 令 　/　　/ | |
|  | | |  | | | | | 未 ・ 済 , 令 　/　　/ | |
| 事　由　発　生　日 | | 平成・令和　　　年　　　 月　　　　日（転出の場合は転出〔予定〕年月日） | | | | | | | | |
| **変更・喪失事由およびその内容** | **変更事由** | 変更後内容 | | | **喪失事由** | | 喪失後内容 | | | |
| 氏名変更 |  | | | 死亡 | |  | | | |
| 区内転居 | 下記新住所のとおり | | | 市外へ転出 | | 下記新住所のとおり | | | |
| 新住所  （転出・転居先） | 住民異動届に記載のとおり　　　 〒　　　　　－ | | | | | | | | |
| 保険変更 | **健康保険証のコピーを添付してください** | | | 生活保護開始  （停止解除） | | **適用証明書等のコピーを添付してください** | | | |
| 障害状況変更 | **手帳等のコピーを添付してください** | | | 障害状況軽減 | | **手帳等のコピーを添付してください** | | | |
| 生計維持者  変更  扶養義務者  変更 | 氏名 |  | | ひとり親家庭等  非該当 | | 婚姻による（事実婚を含む）  子を監護しなくなった  遺棄状態の解消  その他（　　　　　　　　　　　） | | | |
| （受給者との続柄：　　　　　　） | | |
| 生年月日 | 大・昭・平  　　年　　月　　日 | |
| 住所 | 〒　　　　　－ | | その他 | |  | | | |
| その他 |  | | |  | | | | | |
|  | 受給者証  受　領　印 | |  | |

（　 返信用封筒　未 ・ 済　令　　/　　/　　,　 証交付　窓口 ・ 郵送　令　　/　　/　　 ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務処理欄 | 決裁日：令和　　　年　　月　　日 | | | 公開の状況  情報公開条例第10条第１号に該当  分類　17・04・05・04  保存 ５年 | 受給者証作成 | 異動入力 | 受付 |
| 課長 | 担当係長 | 係 |  |  |  |