**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 |  |  |  |