

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

Table with 4 columns: 受給者氏名, 生年月日, 住所, 連絡先. Includes recipient name (大・昭・平), address (区), and contact info.

※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。

Table for 届出人 (Applicant) with fields for name, address, and contact info. Includes a checkbox for 'same as recipient'.

Table for 変更対象者 (Change Targets) with columns for name, recipient number, and certificate return status.

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)

Main table for 変更・喪失事由およびその内容 (Changes and Loss Reasons). Includes sections for name change, address change, insurance, and other details.

(返信用封筒 未・済 令 / / , 証交付 窓口・郵送 令 / /)

Table for 事務処理欄 (Administrative Processing) including decision date, public status (公開/部分公開/非公開), and certificate creation.