第10号様式

福祉医療費受給資格等変更届

年　　月　　日

（あて先）岐阜市長

届出者　住所　岐阜市

氏名

(電話　　　－　　－　　　)

次のとおり（ 氏　名　住　所　加入保険　その他 ）を変更したのでお届けします。

受給者証の種類		1　子ども 2　重度心身障害者等 3　ひとり親家庭等		受給者番号	
項目		新		旧	
対象者	氏名				
	生年月日	年　月　日		年　月　日	
	住所	岐阜市		岐阜市	
	変更年月日	年　月　日			
加入保険	記号番号	記号	番号	記号	番号
	加入保険名	保険者番号（　　）		保険者番号（　　）	
	所在地				
	世帯主又は被保険者氏名				
	続柄				
	変更年月日	年　月　日			
配偶扶養義務者	配偶者氏名				
	配偶者住所				
	扶養義務者氏名				
	受給者との続柄				
	扶養義務者住所				
	変更理由				
	変更年月日	年　月　日			

注：受給者証を持参のうえ届け出てください。

事務処理欄　マ、運、パ、手、その他（　　）