

第6号様式(第13条関係)

		受給者番号									
後期高齢者福祉医療費受給資格等変更届											
清須市長 様		年 月 日									
		住所 受給者 氏名 ⑩ 個人番号									
次のとおり変更が生じました。											
区	分	新	旧	変 更 年 月 日							
受給資格者	氏名										
	住所										
認定区分	(項目) 1 身体・知的障害等 2 母子・父子家庭 3 戦傷病者手帳所持 4 精神措置入院 5 結核勧告入院 6 ひとり暮らし 7 寝たきり・認知症 8 精神障害										
世帯員 ※	氏名	生年月日	個人番号								
備考											

※ 認定区分2(母子・父子家庭) 7(寝たきり・認知症)の場合は世帯員の氏名、生年月日、個人番号を記載してください。