

重度心身障害老人健康管理事業受給資格（変更・喪失）届出書

届 出 者 名		本人との関係	
届出者住所		電 話 番 号	

受 給 者	後 期 高 齢 被保険者番号		個 人 番 号	
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
	住 所	福知山市 電話番号（ ） —		

事由発生日		年 月 日（転出の場合は転出〔予定〕年月日）		
変 更 ・ 喪 失 事 由 及 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	
	☐ 市内転居	☐ 下記新住所のとおり	☐ 市外転出	☐ 下記新住所のとおり
	新 住 所 (転出・転居先)	〒 —		
			☐ 生活保護開始	証明書等のコピーを添付して ください。

上記のとおり届出します。 年 月 日 福知山市長 様

※この届出書に記載いただいた特定個人情報（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成 2 5 年法律第 2 7 号）第 2 条第 8 項に規定する特定個人情報をいう。）は、福知山市重度心身障害老人健康管理事業に係る事務に使用します。