様式第4号（第8条関係）

重度心身障害老人健康管理事業資格（変更・喪失）届出書

受給者	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏名			

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	変更事由	喪失事由
	☐ 住所変更	☐ 受給要件非該当
	☐ その他（　　）	（　　）
		☐ 転出
		☐ 生活保護開始
		☐ 死亡

上記のとおり届出します。

年　月　日

福知山市長　様

【申請者】（下記のいずれかにチェックしてください）

☐ 上記受給者が申請する場合（電話欄のみ記入）

☐ 上記受給者以外の者が代理人として申請する場合　又は
上記受給者の相続人が申請する場合（全て記入）

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受給者との関係 ＿＿＿＿＿＿＿＿

電　話 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿