

様式第5号(第6条関係)

受給資格内容変更届

年 月 日

小浜市長 様

〒

住 所

届出者 氏 名

個人番号

次のとおり変更がありましたので、受給者証を添付して届け出ます。

資格認定、更新および更生医療等の他の制度を受けるための市税の課税状況等に関する調査に個人番号（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に定める個人番号をいいます）を利用することに同意します。

対象者氏名	
個人番号	
公費負担者番号	
受給者番号	
変更する事項	1 住 所 2 氏 名 3 保 険 証 4 振 込 口 座 5 そ の 他 ( )
変 更 前	変 更 後

変更事項1、2、3に該当する場合、受給者証を返却してください。	返却確認欄 <input type="checkbox"/>
---------------------------------	-----------------------------------

太線の枠線は記入しないでください。