

福祉給付金受給資格 (変更・喪失) 届



受付者	入力者	確認者

豊田市長 様 令和 年 月 日
 豊田市福祉給付金支給要綱第13条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

届出者 住所 豊田市

氏名 電話 () ー

個人コード	受給者氏名				
受給者番号	(明・大・昭 年 月 日生)				
届出の事由	変更・喪失年月日	変 更 前	変 更 後		
<input type="checkbox"/> 死亡 (101)	年 月 日	※保険変更は、裏面に資格確認書類のコピーをする又は、 以下に保険資格内容を記載すること			
<input type="checkbox"/> 転出 (102)	年 月 日				
<input type="checkbox"/> 生活保護開始 (103)	年 月 日				
<input type="checkbox"/> 治癒・退院 (104)	年 月 日				
<input type="checkbox"/> 等級解除 (109)	年 月 日				
<input type="checkbox"/> 保険喪失 (118)	年 月 日				
<input type="checkbox"/> 世帯構成変更 (172)	年 月 日				
<input type="checkbox"/> 所得・収入変更 (173)	年 月 日				
<input type="checkbox"/> 加入保険変更 (174) ※	年 月 日			保険者番号	
<input type="checkbox"/> 認定要件変更 (113)	年 月 日			保険者名	
<input type="checkbox"/> 住所変更	年 月 日	記号・番号			
<input type="checkbox"/> その他 []	年 月 日	被保険者名			
受給者証	年 月 日	回収・未回収 ※ただし、	年 月 日		
		期限で発行済	封筒渡し済		