



受付者	入力者	確認者

## 福祉給付金受給資格 ( 変更・喪失 ) 届

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		※保険変更は必ずこの届出書の裏面に新しい被保険者証のコピーをすること
<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		
<input type="checkbox"/> 認定要件変更 (113)	年 月 日		
<input type="checkbox"/> 住所変更	年 月 日		
<input type="checkbox"/> その他 (            )	年 月 日		
<b>受 給 者 証</b>	<b>年 月 日回収済・未回収 ⇒ 後日 (郵送等・来庁) にて返送予定 (返送日            )</b>		