

山ノ内町福祉医療費給付金受給資格等変更届

年 月 日

山ノ内町長 様

申請者
住所 _____

氏名 _____ (印)

電話 _____

次のとおり変更したので届出をします。

受給資格者	氏名	生年月日	性別	続柄	区分	受給者番号				
			. .	男・女		児・母子・父子 障害 ()				
			. .	男・女		児・母子・父子 障害 ()				
			. .	男・女		児・母子・父子 障害 ()				
			. .	男・女		児・母子・父子 障害 ()				
			. .	男・女		児・母子・父子 障害 ()				
変更事項		変更前			変更後					
氏名										
住所										
送付先										
保険証	保険者名称									
	被保険者氏名									
	記号・番号									
振込先	金融機関名									
	フリガナ									
	口座名義人									
	種別・口座番号	普・当			普・当					

上記の申請について承認してよろしいでしょうか。

課長	係長	担当者	決裁	年月日	事由
			事実発生	年月日	転居・転出 死亡・婚姻 ()
			受給者証	年月日	