

# 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	