

## 福祉医療費給付金変更届

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 乳 | 幼 | 児 | 等 |
| 2 | 障 | が | い | 者 |
| 3 | 母 | 子 | 家 | 庭 |
| 4 | 父 | 子 | 家 | 庭 |
| 5 | 自 | 立 | 支 | 援 |
| 6 | 難 | 病 | 患 | 者 |

年 月 日

阿智村長 殿

申請者  
住 所 阿智村  
氏 名  
電話番号

㊟

次のとおり変更の届出をします。

受給者	氏 名	生年月日	受給者番号	備 考															
変更後のみ記入して下さい		変更後 (新)		変更前 (旧)															
	住 所																		
医療保険の加入状況	被保険者氏名																		
	記号・番号																		
	保険者番号 名 称	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>									<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>								
振込先	振込口座	銀行 信金                      支店 みなみ信州農協        支所  口座番号 _____  ふりがな 名義人    _____	銀行 信金                      支店 みなみ信州農協        支所  口座番号 _____  ふりがな 名義人    _____																
変更年月日		年 月 日																	