

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	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 _____	口座番号 _____ ふりがな 名義人 _____															
変更年月日		年 月 日																