

11	乳 幼 児
29	心身障害者
41	精 神
59・69	母子・父子等

大 町 市 福 祉 医 療 費 特 別 給 付 金
受 給 者 証 変 更 届 書

令 和 年 月 日

大 町 市 長 殿 住 所

氏 名

印

(電話番号

)

下記のとおり変更等がありましたので、届出いたします。

市町村番号	0	1	2	事業番号						受給者氏名		
受給者番号										(生年月日)		
変更発生年月日	年 月 日											
変更等事由	異 動 後					異 動 前						
転 出	(口座確認)											
転 居	大町 平 八坂 常盤 社 美麻					大町 平 八坂 常盤 社 美麻						
保 險 変 更	保 險 者 名											
	保 險 者 番 号											
	記 号 番 号											
	種 別	本 人 ・ 扶 養					本 人 ・ 扶 養					
	被 保 險 者 名											
	認 定 年 月 日	年 月 日					年 月 日					
口 座 変 更	金 融 機 関	銀行 信組			支店	金 融 機 関	銀行 信組			支店		
		信金 農協			支所		信金 農協			支所		
	名 義 人 (カタカナで)	名 義 人 (カタカナで)										
	口座番号											
	口座番号											
死 亡	医療費特別給付金の受領を上記の口座名義人に委任します。											
	相続人申請者					印						
	(死亡者との続柄)											
変更・喪失事由												

処 理 欄	入 力	マ ス タ ー	証 回 収	証 更 正