

83	乳幼児・児童
85	ひとり親
87	障害児

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

Ⓜ

(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。

公費負担者番号								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 組合		支店		金融機関		銀行 組合		支店	
		名義人 (カタカナで)		金庫 ()		支所		名義人 (カタカナで)		金庫 ()		支所	
		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				Ⓜ							
		(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