

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 金庫 () 支所	金融機関 銀行 組合 支店 金庫 () 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	Ⓜ	
	(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