

様式第4号 (第8条関係)

茅野市福祉医療費受給資格等変更届

年 月 日

(宛先) 茅 野 市 長

申請者 住所

氏名

印

電話

※ 資 格 区 分	1 こども 4 母子・父子家庭等	2 心身障害者 5 75歳以上低所得者	3 65歳以上国年別表該当	
受 給 者	氏 名	生 年 月 日	続 柄	※ 受 給 者 証 番 号
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		
		年 月 日		

下記の通り変更の届出をします。

変 更 事 項						
氏 名						
住 所						
加 入 医 療 保 険	記 号	番 号	被保険者氏名		(受給者との続柄)	
	保 険 者 名 称	資 格 取 得 日 (認 定 日)		年 月 日		
振 込 先	銀 行 信 用 金 庫 農 協 信 用 組 合	本 店 支 店 本 所 支 所	口 座 番 号			
	フリガナ 口 座 名 義 人					
委任状 (受給者と口座名義人が異なる場合) 福祉医療費給付金の受領を上記の口座名義人に委任します。 年 月 日 氏名 _____ 印						
資格変更理由		1 死亡 2 転出 3 その他 ()				
変 更 日		年 月 日	入 力	受 付		