

福祉医療費 振込先変更届
(子ども・重度 母子・父子)

記入例

受給者氏名	○ ○ △ △	受給者番号	○13 - ○○○○○○○○○
生年月日	T・S・ <u>H</u> R ○ ○ ・ ○ ○ ・ ○ ○		
住 所	〒 ○○○-○○○○ 各務原市○○○○町○丁目○番地 電話番号 (○○○) ○○○○ - ○○○○		
変更後の 振込先	○ ○ <u>銀行</u> 信用金庫 信用組合 農協	○○○ 本店 <u>支店</u> 出張所	口座種目 普通預金 ※普通預金のみ振込可能
	店舗コード(店番)	口座番号	口座名義人
	○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	フリガナ ○ ○ △ △
	各務原市長 申請する年月日を記入 令和○○年○○月○○日 申請者氏名 ○ ○ △ △		

<市役所記載欄>

申請者	☐ 受給資格者	本人確認	☐ 写真付1点(マイナンバーカード・免許証等)	受付印	受付者()
	☐ 世帯員		☐ 写真無2点(資格確認書・年金手帳等)		
	☐ 代理人		☐ その他()		