

福祉医療費 振込先変更届

(こども・重度・母子家庭等・父子家庭)

年 月 日

(宛先)各務原市長

住 所 各務原市.....

申請者 氏 名

電 話 (.....) -

下記のとおり届け出ます。

受給資格者氏名	フリガナ.....	生年 月日	
負担者 番 号		受給資格者 番 号	

変更後の 振込先	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	口座種別
			普通
	店舗コード(店番)	口座番号	口座名義人
		フリガナ.....	

申請者	<input type="checkbox"/> 受給資格者 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人 (.....)	本人 確認	<input type="checkbox"/> 写真付1点 (免許証・障害者手帳・個人 番号カード等) <input type="checkbox"/> 写真無2点 (資格確認書・年金手帳等) <input type="checkbox"/> その他 (.....)	受付 印	受付者(.....)
-----	---	----------	---	---------	------------