

## 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)

令和〇年 〇月〇〇日

(宛先)各務原市長

住 所 各務原市〇〇町〇丁目〇〇番地

申請者 氏 名 〇〇 △△

電 話 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

下記のとおり届け出ます。

受給資格者氏名	フリガナ 〇〇 △△	生年 月日	S〇〇年〇〇月〇〇日
	〇〇 △△		
負担者 番 号	8 0 0 0 0 0 0 0	受給資格者 番 号	0 0 1 2 3 4 5

変更後の 振込先	〇〇	銀行 信用金庫 信用組合 農協	〇〇	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	
	〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇		フリガナ 〇〇 △△	〇〇 △△

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)	受付 印	受付者( )
			<input type="checkbox"/> 写真無2点 (資格確認書・年金手帳等) <input type="checkbox"/> その他 ( )		