福祉医療受給者台帳の登録内容変更届

変更の対象となる受給者	事業番号(公費負担者番号) ― 受給者番号	受給資格者氏名	生年月日
	―	フリガナ	大・昭・平・令 年 月 日
	―	フリガナ	大・昭・平・令 年 月 日
	―	フリガナ	大・昭・平・令 年 月 日
	―	フリガナ	大・昭・平・令 年 月 日

1. 振込先の金融機関の変更 （変更後の口座について記入してください。） □写しの通り

金融機関	銀行・金庫 信組・農協	支店 支所	口座番号	普通・当座・貯蓄	フリガナ 名義人	
	ゆうちょ銀行	―	―			

注:【ゆうちょ銀行】の場合は、通帳の記号・番号及び名義人氏名を記入してください。

2. 加入健康保険の変更 （変更後の健康保険証について記入してください。） □写しの通り

被保険者氏名		保険機関名 【保険者番号】	【 】	記号 番号	
現在の保険資格取得日	年 月 日				

3. 保護者・扶養義務者(主たる生計維持者)の変更 （変更後の左記の方について記入してください。）

保護者・扶養義務者氏名		個人番号	

4. 等級・程度の変更 （変更後の等級・程度について記入してください。）

□ 身体障害者手帳 □ 療育手帳 □ 精神障害者保健福祉手帳 □ 障害者年金	等級、程度	

駒ケ根市福祉医療特別給付金条例に基く、福祉医療受給者台帳登録内容の変更を上記のとおり申請します。

年 月 日

（住 所） 駒ヶ根市

（電 話）

（申請者氏名）

駒ヶ根市長 宛て

以下は記入不要(市役所処理欄)

受付	入力	確認欄	担当	係長	課長
		保険者証 ・ 障害者手帳 免許証 ・ マイナンバーカード その他( ) NO.( )			

受付日