

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

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。）

金融機関	銀行・金庫	支店	口座番号	普通・当座・貯蓄	フリガナ	
	信組・農協	支所			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。）

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

3. 保護者の変更（変更後の保護者の方について記入してください。）

保護者氏名		現住所	
-------	--	-----	--

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	等級、程度	
☐ 精神障害者保健福祉手帳	☐ 障害者年金		

駒ヶ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
