ひとり親家庭等　福祉医療費受給者資格　変更届

＜変更対象となる方＞

	氏　　名	受給者番号	生年月日	個人番号	
1	カナ		年　月　日	市処理欄	課・初
2	カナ		年　月　日	市処理欄	課・初
3	カナ		年　月　日	市処理欄	課・初

住所	（建物名等）

＜変更する事項＞　（変更があった項目の□にレをつけ、変更内容を記入してください。）

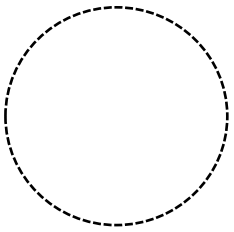
□ 住所	（変更前） （変更後）			市処理欄	
□ 氏名	（変更前） （変更後）				
□ 保険者	※受給者の保険の資格が確認できる資料等を提示してください				
□ 受給者	（変更前）　（　　年　月　日生） （変更後）　（　　年　月　日生）				
□ 振込口座	銀行名	支店名	口座番号	口座名義（フリガナ）	

＜届出者＞（受給者本人　または　保護者）

諫早市長　様　　（届出日）　　年　月　日

上記のとおり、申請内容に変更がありましたので届出します。

フリガナ		生年月日	年　月　日
氏名	署名	個人番号	
		電話番号	―　　―
住所	□ 受給者と同じ　（記入不要） （建物名等）	続柄	受給者から見て

諫早市使用欄

添　付　書　類	受　給　者　証	備　考
□保険の資格が確認できる資料等	□再発行郵送	
□委任状	□再発行手渡し	
□口座（通帳等）の写し	□訂正	
□その他（　　）	□無