

様式第5号(第7条関係)

療費受給者資格変更届			
受給者番号	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                     受給者証の「公費受給者番号」に書かれている番号                 </div>		
助成対象者	氏名 <span style="float: right;">お子様の氏名</span> 生年月日 <span style="float: right;">お子様の生年月日</span>		
区分	新 <span style="float: right;">お子様の住所</span>		
助成対象者住所	大津町大字 <span style="float: right;">大津町大字</span>		
受給者	振込口座 金融機関名 <span style="float: right;">銀行</span> 支店(所)名 <span style="float: right;">支店・支所</span> 種目 <span style="float: right;">普通</span> 口座番号 名義人カナ		
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                     受給者の口座情報や、受給者の変更があった場合に記入                 </div>		
	保険者	保険者番号 保険者名 記号・番号 附加給付 <span style="float: right;">有 ・ 無</span>	
		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                     お子様の健康保険証の変更があった場合に記入                 </div>	
		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                     不明な場合は空欄で構いません                 </div>	
<span style="float: right;">有 ・ 無</span>			
変更の理由	受給者の変更 ・ 保険の変更 ・ 口座の変更 ・ その他( )		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                     変更内容に○を記入してください                 </div> 上記のとおり変更になりましたのでお届けします 年 月 日 届出人(受給者)			
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                     受給者とは、お子様の保護者・養育者の方です(お子様のこども医療費受給者証の受給者の欄に名前が記載されている方)。                 </div> 住所 大津町 氏名 電話番号 — —			
大津町長 様			