

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	助成対象者	氏名	お子様の氏名
		生年月日	お子様の生年月日
区分	新	お子様の住所	
助成対象者住所	大津町大字	大津町大字	
受給者	振込口座	金融機関名	銀行
		支店(所)名	支店・支所
		種目	普通
		口座番号	
		名義人カナ	
保険者	保険者番号		受給者の口座情報や、受給者の変更があった場合に記入 不明な場合は空欄で構いません 有 ・ 無
	保険者名		
	記号・番号		
	附加給付	有 ・ 無	
変更の理由	受給者の変更 ・ 保険の変更 ・ 口座の変更 ・ その他()		
変更内容に○を記入してください 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)			
住所 大津町 氏名 電話番号 — —			
大津町長 様			