様式第8号(第9条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 福祉医療費受給資格認定事項異動届(障・乳・母・父・子・寡婦・子ども) | | | | | | | | | | | |
| 受給者証の記号・番号 | | |  | ※ | | | | | | | |
| 異動内容 | 区分 | | 異動前 | 異動後 | | | | | | | 異　動　理　由 |
| 支給対象者 | 住所 |  |  | | | | | | | □転居  □転出  □受給者変更  　　続柄（　　　　）  □氏名変更  □死亡  □その他  （　　　　　　　　）  年　　月　 日 |
| フリガナ  氏名 |  |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| 受給者 | 住所 |  |  | | | | | | |
| フリガナ  氏名 |  |  | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | | | | | | |
| 加入保険 | 加入保険の名称 |  |  | | | | | | | □保険変更  　　　年 　月 　日 |
| 被保険者証の記号・番号 |  |  | | | | | | |
| 被保険者名 |  |  | | | | | | |
| 付加給付 | 有　・　無 | 有　・　無 | | | | | | |
| 振込口座 | 金融機関 | 銀 行  　　　　　　　　農 協  組 合 | 支 店  　 出張所 | | | | | | |  |
| 種別・番号 | 普通・当座・貯蓄 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ  名義 |  | | | | | | | |
| その他 |  |  | | | | | | | |  |
| 上記のとおり、異動しましたので届け出ます。また、変更内容について、一切の責任を負います。    　年　　月　　日  　雲仙市長　　様  住所  届出者  氏名 | | | | | | | | | | | |