様式第８号（第10条関係）　　飯田市福祉医療費給付金変更等届出書

子　ど　も 障　害　者 65歳以上国民年金別表該当 母　子　家　庭 父　子　家　庭 父母のいない児童 ※ 該当を〇で囲む

福祉医療費給付金 変更 喪失 届

年　　月　　日

飯田市長

届出者　住　所　飯田市

氏　名　　（続柄　　）

電話番号

飯田市福祉医療費給付金条例第15条の規定により次のとおり変更（喪失）の届出をします。

	氏　名	生年月日	受給者番号	備　考
受給者				

※ 変更後のみ記入してください		変更後（新）	変更前（旧）
保険加入状況	被保険者氏名		
	記号・番号		
	保険者番号		
	名　称		
振込先	振込口座	銀行　支店 信金　店 みなみ信州農協　支所 口座種目　1 普通　2 当座　3 貯蓄 口座番号　名義人（ふりがな） ＿＿＿＿　＿＿＿＿	銀行　支店 信金　店 みなみ信州農協　支所 口座種目　1 普通　2 当座　3 貯蓄 口座番号　名義人（ふりがな） ＿＿＿＿　＿＿＿＿
送付先		〒 住所 氏名　（続柄　　） 電話番号	〒 住所 氏名　（続柄　　） 電話番号
変更（喪失）年月日		年　月　日	
資格喪失理由		母子、父子の資格喪失 ・ 障害の等級変更 ・ その他（　　）	

代理人選任欄	福祉医療費給付金の受領に関して、右記の代理人を選任しました。 受給者(保護者)　　印	代理人　住所 氏名　（続柄　　）

※ 振込口座の変更先は、原則として受給者（乳幼児、未成年者等は保護者）の口座にしてください。

市役所処理欄	受給者証の変更　未 ・ 済 ・ 不要 ・ 回収	担当	