

障害者 福祉医療費受給資格 変更届

＜受給者＞（変更対象となる方）

フリガナ		生年月日	年 月 日												
氏名		個人番号													
住所 (建物名等)			市処理欄	基本コード											
				受給者番号											

＜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)	市 処 理 欄	年 月 日	
	(変更後)			
☐ 氏名	(変更前)			年 月 日
	(変更後)			
☐ 保険者	※ 受給者の医療保険についてわかるものを提示してください		年 月 日	
☐ 振込口座	(変更前)	銀行 支店 本店 口座番号	年 月 日	
	(変更後)			

＜同意事項＞（保険者の変更の場合のみ）

☐ 医療保険に係る情報を福祉医療費助成事務に利用することに同意します。

＜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
☐ 医療保険に関する書類 ☐ 振込口座についてわかるもの ☐ その他 ()	☐ 再発行手渡し ☐ 再発行郵送 ☐ 訂正	

