

受 付	
--------	--

心身障害者医療費一部負担金助成氏名・住所・口座変更及び喪失届

年 月 日

(あて先) 千葉市長

次のとおり届出します。

届出者氏名

届出内容に○をつけてください。	
1 変更届 (氏名変更・住所変更)	① を記入してください。
(支払金融機関の変更)	①②を記入してください。
2 資格喪失届	①③を記入してください。
上記届出事項の発生した年月日	年 月 日

① 氏名・住所について (変更者： 受給者 ・ 配偶者 ・ 扶養義務者)

フリガナ 氏名 (旧氏名)	住所 (旧住所)
---------------------	-------------

② 支払希望金融機関について (変更後)

金融機関名	支店名 (店番号)	種別	普通
	()		
フリガナ 名義人氏名	口座番号		

③ 受給資格がなくなった理由

1 本市に住所を有しなくなった。 2 受給者が死亡した。 3 加入保険が変わった。 4 その他 ()
--