

様式第4号（第6条関係）

変 更 届 出 書

令和 年 月 日

（あて先）伊那市長

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

伊那市福祉医療費給付金条例施行規則第6条の規定により、次のとおり変更の届出をします。

受給者証の区分	老人・乳幼児等・子ども・障害者・ひとり親家庭の親子等		
事業番号・ 受給者番号	—		
変更内容	住所・氏名・保険関係・口座振替関係		
受給者の住所			
受給者の氏名			
保 険 関 係 (変 更 後) *コピー添付	種 類	健保・日雇・船員・共済・国保・高齢者医療	
	保険者の名称		
	保険者の住所		
	保険者の番号		
	被保険者氏名		
	被保険者住所		
	記号・番号		
	取得年月日	年	月
振 込 先 金 融 機 関 (変更後)	銀行 金庫 農協	本店 支店 支所	種 類 1 普通預金 2 当座預金 3
	口 座 番 号	ふりがな	
		口座名義人	