様式第4号(第6条関係)

伊那市福祉医療費受給者変更届出書

年　　月　　日

(宛先)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。

<table>
<tr><td>受給者証の区分</td><td colspan="3">子ども ・ 障害者 ・ ひとり親家庭の親子等</td></tr>
<tr><td>事業番号・
受給者番号</td><td colspan="3">―</td></tr>
<tr><td>変更内容</td><td colspan="3">住所 ・ 氏名 ・ 保険関係 ・ 口座振替関係</td></tr>
<tr><td>受給者の住所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">受給者の氏名</td><td colspan="2" rowspan="2"></td><td>個人番号</td></tr>
<tr><td></td></tr>
<tr><td rowspan="9">保険関係
(変更後)

＊コピー添付ができない場合は、個人番号の利用により確認</td><td>種類</td><td colspan="2">健保・日雇・船員・共済・国保・高齢者医療</td></tr>
<tr><td>保険者の名称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>保険者の住所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>保険者の番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>被保険者氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>被保険者住所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>記号・番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>取得年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>事業所名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">振込金融機関
(変更後)</td><td rowspan="2">銀行　農協
信用金庫</td><td rowspan="2">本店　支店
支所</td><td>種類</td></tr>
<tr><td>普通　当座</td></tr>
<tr><td>口座番号</td><td>ふりがな</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>口座名義人</td><td></td></tr>
</table>

受付	入力