

資格変更

☐	子	ど	も	
☐	重度心身障害児等	医療費受給資格内容変更届		
☐	ひとり親家庭等			

令和 年 月 日

(宛先) 所 沢 市 長

住 所 _____

申請者 氏 名 _____

電話番号 _____

次のとおり、資格内容の変更を届け出ます。

[illegible]

資格変更

振込先金融機関変更 （新しい振込先）	☐ 次のとおり☐ 別添写しのとおり							
	区 分		金融機関コード				本支店コード	
	金融機関名		銀行 ・ 信用金庫 ・ 信用組合 信託銀行 ・ 労働金庫 ・ 農協					
	本支店名		本 店 ・ 支 店 ・ 出張所					
	☐ 座種別		☐ 普通預金		☐ 当座預金		☐ 貯蓄預金	
	☐ 座番号							
	(フリガナ) ☐ 座名義							
氏名変更	☐ 次のとおり☐ 別添写しのとおり							
	区 分		新しい氏名				旧 氏 名	
	(フリガナ) 受 給 者							
	(フリガナ) 受 給 者							
	(フリガナ) 受 給 者							
	(フリガナ) 受 給 者							
	変 更 事 由							
その他の変更	☐ 別添写しのとおり （ ）							
	☐ 生活保護受給開始 ： 令和 年 月 日から							
	☐ 死 亡 （ ） ： 令和 年 月 日死亡							
	☐ ひとり親家庭でなくなった。 事由（具体的に）：							
備考								

受	付	医療証返却

入	力	確	認	交	付