

受 付	
--------	--

心身障害者医療費助成氏名・住所・口座・医療保険変更及び喪失届

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。
(加入医療保険の変更) →	①③を記入してください。
2 資格喪失届 →	①④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 ・ 保護者)

フリガナ		住所
氏名 (旧氏名)		(旧住所)
個人番号		

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	
	()		
フリガナ			口 座 番 号
名義人氏名			

③ 加入医療保険について (変更後)

医療保険の名称	記号番号	被保険者名 (続柄)
		()

④ 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 その他 ()	
--	--