

柏市重度心身障害者医療費受給資格喪失・変更届書

令和 年 月 日

柏市長

あて

住所：

申出者

氏名：

対象者との続柄（

電話

$$\left(\frac{1}{2} \right)$$
$$\left(\begin{array}{ccc} & & \\ & & \\ & & \end{array} \right)$$

次のとおり届出します。

受給者番号		柏		号	
対 象 者	氏 名			生年 月 日	年 月 日生
失 権	1 転出	転出先：			
		転出年月日： 年 月 日			
	2 死亡	死亡年月日： 年 月 日			
	3 その他				
振 込 先	金融機関名 銀行 支店				
	口座番号 (普通) (フリガナ) 口座名義 *口座名義人死亡の場合は必ず記入				
変 更 内 容	変更後				
	変更前				
備 考					