

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

申出者

住所： 柏市柏五丁目10番1号

氏名： 柏 太郎

対象者との続柄 (本人)

電話 04 (7167) 1111

次のとおり届出します。

受給者番号		柏		号	
対象者	氏名	カシワ タロウ		生年 月日	平成元年 5月 1日生
		柏 太郎			
住所	〒 277-0005				
	柏市柏五丁目10番1号				
失権	① 転出	転出先： 転出先住所 転出年月日： 令和 〇年 〇月 〇日			
	② 死亡	死亡年月日： 令和 〇年 〇月 〇日			
	③ その他	等級変更／生活保護開始（令和〇年〇月〇日）			
振込先	金融機関名	柏		銀行	柏
	口座番号 (フリガナ) 口座名義	(普通) 1234567 カシワ タロウ 柏 太郎		支店	
*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					