

被 爆 者 援 護 費
受給資格喪失・氏名・住所等変更届

年 月 日

(届出先)
横 浜 市 長

住 所
(届出人) (フリガナ)
氏 名 ⑤
電話番号
日中連絡先
受給資格者との続柄 ()

次のとおり、届け出ます。

受給資格者 氏 名			明治 大正 年 月 日 昭和 (歳)		
受給資格者 住 所	〒 横浜市 区		電話 ()		
被爆者健康 手帳の番号	①公費負担番号				
	②公費負担医療の受給者番号				
援護費の承認番号					
下記の届出理由のうち、該当する番号に○をつけてください。					
資格喪失	1 市外転出	転出年月日	年 月 日		
	2 死 亡	死亡年月日	年 月 日		
変	3 転 居	新住所			
		旧住所			
更	4 氏 名	新氏名			
		旧氏名			
5 振込先 金融機関	新口座	銀行 信用金庫 農 協	本 店 支 店 出張所		
		種別	普通・当座	口座番号	
		口座名義人	フリガナ ()		続柄
	旧口座	銀行・信用金庫・農協		本店・支店・出張所	
6 その他					

※口座名義人のフリガナは、必ずご記入ください。

※処理欄	福祉保健センター受付	局使用欄	備 考