

被爆者はり・きゅう・マッサージ療養費
助成資格喪失・氏名・住所変更届

年 月 日

(届出先)

横浜市 長

住 所

(届出人) (フリガナ)

氏 名

㊞

電話番号

日中連絡先

助成資格者との続柄 ()

次のとおり、届け出ます。

助成資格者 氏 名		明治 大正 昭和	年 月 日 (生 歳)
助成資格者 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		
はり・きゅう・マッサージ助成の承認番号			
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 更	3 転 居	新住所	
		旧住所	
更	4 氏 名	新氏名	
		旧氏名	
	5 その他		

※ 処 理 欄	福 祉 保 健 センター受付	局使用欄	備 考