

被爆者援護費
受給資格喪失・氏名・住所等変更届

押印して下さい

●●年 △△月 □□日

(届出先)
横浜市 長

(届出人) 住所 横浜市○区●町1-1-1
(フリガナ) ヨコハマ タロウ
氏名 横浜 太郎,
電話番号 045-●●●-××××
日中連絡先 ●●●-△△△△-□□□□
受給資格者との続柄 (本人)

横浜

該当する届出理由を
丸で囲んで下さい

次のとおり、届け出ます。

| | | | | | | |
|------------------------------|--|---------------------|--|-----------|----|---------|
| 受給資格者 氏名 | 横浜 太郎 | | 明治 大正 昭和 | 年 | 月 | 日生 歳 |
| 受給資格者 住所 | 〒△△△-●●●● 横浜市 ○ 区 ●町1-1-1 電話045(●●●)×××× | | | | | |
| 被爆者健康 手帳の番号 | ① 公費負担番号 | 1914601-8 | | | | |
| | 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 | 神奈川県が発行している被爆者健康手帳の公費負担者番号は、「1914601-8」となります | | | |
| | 4 氏名 | 新氏名 ----- 旧氏名 | | | | |
| 更 | 5 振込先 金融機関 | 新口座 | 銀行 | 本店 | | |
| | | | 信用金庫 | 支店 | | |
| | | | 農協 | 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 |
| | | | |