

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

押印して下さい

□□年 ●●月 ××日

(届出先)
横浜市 長

該当する届出理由を
丸で囲んで下さい

住所 横浜市○区●町1-1-1

(届出人) (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 ●●●-△△△△-□□□□

助成資格者との続柄 (本人)

横浜

次のとおり、届け出ます。

助成資格者氏名	横浜 太郎,		明治 大正 昭和	●●年 △△月□□日生 (●●歳)
助成資格者住所	〒△△△-●●●● 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	△□○△□●-△		
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	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	
		旧住所		
	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