

難病患者福祉手当受給資格等変更・喪失届

令和 年 月 日

銚田市長 様

住所

氏名

印

難病患者福祉手当受給資格等を変更・喪失したので、次のとおり届け出ます。

認定 番号	フリガナ		生年月日								
	受給者名										
変更の 内容	変更する者		1 難病患者			2 保護者等					
			変更前				変更後				
	1 氏名										
	2 住所										
	3 金融 機関	金融機関名									
		支店名						支店			
		口座番号		普通							
				当座							
口座名義人カナ											
4 その他の事項											
喪失の 内容	5 死亡		6 難病でなくなった			7 その他( )					
上記の理由が発生した日		令和 年 月 日									

(注) 1 各欄は、該当する番号を○で囲み、必要な事項を記入してください。

2 金融機関に変更がある場合、通帳等の写しを添付すること。