

## 福祉医療費口座変更届

受給者番号	
フリガナ 受給者氏名	
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
受給者住所	中川村

中川村長 様

上記受給者に支給される福祉医療費を下記の口座に振り込んでください。

令和 年 月 日			
申請者	住所	受給者との 関係	
	氏名		
電話番号	(振込等に関してお電話する場合があります)		
変更理由	1. 受給者が変更となったため 2. 受給者が転出するため 3. 受給者が死亡したため 4. その他 ( )		
振込口座	金融機関名	口座種目	口座番号
	上伊那農協 支店	1. 普通預金	
	アルプス中央信金 支店	2. 貯蓄預金	
	八十二銀行 支店	3. その他	
	長野銀行 支店	( )	
	その他： 支店	フリガナ	
ゆうちょ銀行 記号： 番号：	口座名義人		

※ゆうちょ銀行の場合は、通帳の写し(表紙をめくった見開きページ)が必要です。