福祉医療費助成金振込先口座変更届

福祉医療費区分 ※ 該当する番号を○で囲んでください。	1. 障がい者（一般・65）　2. 一人親家庭等　3. 子ども		
受給資格者	氏　名		生 年 月 日
			年　月　日
	住　所		
	受給資格証番号		
振込み先変更理由	□ 解約している　□ 金融機関を変更 □ 名義を変更　□ その他（　　）		
振込先	銀行 信金 農協		本　店 支　店 出 張 所
	口 座 番 号	普通 当座　No. 貯蓄	
	口 座 名 義 人 （カタカナで記入）		

※　ゆうちょ銀行へ振り込む場合は、通常の通帳番号ではなく、振込先口座番号となります。

（宛先）　鈴鹿市長

上記のとおり登録変更を申請します。

令和　　年　　月　　日

□ 本人　　氏名

□ 代理人
□ 保護者
□ 相続人代表　　住所

□受給資格者と同じ

氏名

続柄（　　）

電話番号（　　）

誓約書は受給資格者が死亡した場合にご記入ください。

－ 誓約書 －

私は、死亡した福祉医療費受給資格者の相続人の代表者として、当該受給資格者に係る福祉医療給付に関する申請、請求及び受領の一切の権限を行使するものですので、次の事項を遵守することを書面をもって誓約いたします。

1 当該受給資格者に係る福祉医療費助成金を受領した後に、相続放棄をしたときは、当該受領した額を直ちに鈴鹿市に返還すること

2 他の全ての相続人には、私が責任を持って異議等がないように対処し、鈴鹿市には一切迷惑をかけないこと

年　　月　　日

届出人　氏名