

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	<input type="checkbox"/> 解約している	<input type="checkbox"/> 金融機関を変更	
	<input type="checkbox"/> 名義を変更	<input type="checkbox"/> その他（)	
振 込 先	銀行 信金 農協	本店 支店 出張所	
	<input type="checkbox"/> 口座番号	普通 当座 No. 貯蓄	
	<input type="checkbox"/> 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 住所
- 保護者
- 相続人代表 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

福祉医療費助成金振込先口座変更届

記入例

該当医療費 ※ 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
	鈴鹿 太郎		S.50年1月1日
	住所	鈴鹿市神戸一丁目18番18号	
	受給資格証番号	1-0000	
振込み先変更理由	<input type="checkbox"/> 解約している <input checked="" type="checkbox"/> 金融機関を変更 <input type="checkbox"/> 名義を変更 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
振込み先	銀行	鈴鹿	本店
	信金		支店
	農協		出張所
口座番号	普通当座貯蓄 No.	12345	
口座名義人 (カタカナで記入)	スズカ タロウ		

※ 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。

(あて先) 鈴鹿市長
上記のとおり登録

本人の場合は、本人の所に「レ」し、氏名を記入し、押印してください。住所欄は記入不要です。

令和◇年○月○日

代理人 住所
 保護者
 相続人代表 受給資格者と同じ

対象者死亡による保険変更の場合
はここも記入してください。

氏名 鈴鹿 花子

続柄 (妻)
電話番号 (059-382-7627)

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