様式第５号

池田町福祉医療費特別給付事業受給資格者異動届

(資格喪失)

　池田町長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 届出日 | 年　　　月　　　日 |
| 届出者住所 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |

　下記のとおり、受給資格者について異動（資格喪失）がありましたので届け出ます。

　（受給者証の返還をあわせてお願いします）

①資格喪失の理由（該当する理由に○をしてください。）

|  |
| --- |
| 転出　　　　死亡　　　　婚姻　事実婚　　　　障害等の等級の変更　　　生活保護開始  事実の発生した日　　　　　年　　月　　日　（転出日、死亡日、生活保護開始日、婚姻日） |

②対象受給者（記入を省略する場合は該当箇所に○をしてください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ・対象者の受給者証を返還　　・届出者の世帯員全員が転出　　・届出者の子ども全員 | | | |
| 氏名 | （受給者番号） | 氏名 | （受給者番号） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

③振込先口座の変更（変更がある場合は記入をお願いします。/死亡の場合は記入が必要です。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支払希望  金融機関名 | 銀行　信組  信金　農協  労金　漁協 | | | | | | | | | | | 本・支店  本・支所  出張所 | | | | | | | |
| 金融機関コード |  |  |  |  | 支店コード | |  |  |  | | 口座番号 | |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座種目 | 1.普通　　2.当座 | | | | | （カタカナ） | | | |  | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 資格喪失の確認 | 備考 | 添付書類 | 受給者証 | 入力確認 |
| 住民基本台帳  　本人の申出 |  |  | 回収 |  |