受付印

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	