



大桑村長 宛

申請者

住所 **大桑村大字長野880-5**

氏名 **小桑 梅子**

電話 **55-3080**



次のとおり、福祉医療費受給資格の変更又は喪失の届出をします。

受給対象者	変更前	変更後		個人番号																
	氏名	<b>大桑 桃子</b>		<b>小桑 桃子</b>		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	住所	〒399-5503 <b>大桑村大字長野 880-1</b>		〒399-5503 <b>大桑村大字長野 880-5</b>																
	加入医療保険	種類	国・協・組・共・後・その他 ( )		記号一番号	—														
	振込先登録口座	種類	木曾 銀行・信金 信組 <b>農協</b> 労金		中部 支店 支所 出張所	預金種別	<b>1 普通</b> 2 当座													
資格喪失	喪失事由	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ( )		喪失事由 発生年月日	年 月 日															
通知	支払通知はがきの送付を (希望する・希望しない)																			

※村記入欄 (以下は記入しないでください)

起案日	担当者	係	係長	課長補佐	課長
・					
決済日					
・					