

会津若松市特定疾患患者見舞金受給資格等 内容変更 届

消 滅 届

平成 ▲▲年 ▲▲月 ▲▲日

会津若松市長 菅家 一郎 様

届出人 住 所 会津若松市 ××町 ▲番 ▲号

氏 名 ×× ××× 印

変更があるところだけ記入して下さい

変 更 前	該 当 者	住 所	会津若松市 <u>×××町 ▲▲番 ▲▲号</u>		
		ふりがな 氏 名	<u>▲▲▲▲ ▲▲▲▲</u> <u>×× ×××</u>		
	保 護 者	住 所			
		ふりがな 氏 名			
	支払希望金融 機関名 及び 口座番号	金 融 機 関 名	口 座 番 号	口 座 名 義	
そ の 他					
変 更 後	該 当 者	住 所	会津若松市 <u>××町 ▲番 ▲号</u>		
		ふりがな 氏 名	<u>▲▲▲▲ ▲▲▲▲</u> <u>×× ×××</u>		
	保 護 者	住 所			
		ふりがな 氏 名			
	支払希望金融 機関名 及び 口座番号	金 融 機 関 名	口 座 番 号	口 座 名 義	
そ の 他					
変 更 年 月 日		平成 <u>▲▲年 ▲▲月 ▲▲日</u>			