

内 容 変 更 届 (障がい福祉課)

(あて先) 宇都宮市長

提出年月日
令和 年 月 日

受給者情報	住所	〒	連絡先
	フリガナ		生年月日
	氏名		T・S H・R 年 月 日

以下のとおり届け出ます。(変更する項目に✓してください)

住所	変更前	〒 宇都宮市
	変更後	〒 宇都宮市

氏名	変更前	フリガナ 氏名	変更後	フリガナ 氏名
	※ 受給者本人の氏名が変更になった場合は、振込先名義も必ず変更してください。			

口座	金融機関名[金融機関コード]		支店名
	<input type="checkbox"/> 栃木銀行[0517] <input type="checkbox"/> 栃木信用金庫[1222] <input type="checkbox"/> 足利銀行[0129] <input type="checkbox"/> 宇都宮農業協同組合[4445] <input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行[9900] <input type="checkbox"/> その他() []		本店・支店 支所・出張所
	店番号	口座番号 (右づめ)	口座名義 (カナ)
	普通		続柄 ()
※ 受給者本人もしくは相続人の名義以外の口座はお振込みできません。			
※ 口座を変更する場合は、上記口座の情報が明記されたもの(通帳の写し等)を添付してください。			

保険	被保険者氏名		資格取得年月日	令和 年 月 日
	記号番号	記号	番号	枝番
	保険者番号	保険者名称		
※ 保険を変更する場合は、上記情報が分かる健康保険証等の写しを添付してください。				

送付先	住所	〒		
	フリガナ	続柄	連絡先	
	氏名			

※以下事務処理欄

該 当 事 務 <input type="checkbox"/> 特障(経福) <input type="checkbox"/> 重心(No.) <input type="checkbox"/> 心手 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 他()	入 力	確 認	事 由 発 生 日 令和 年 月 日 受 付
--	-----	-----	------------------------------