

心身障害者医療費助成制度 送付先変更届

年 月 日

奈良市長

心身障害者医療費助成制度の関係書類の送付先を下記の通り変更願います。なお、変更がなくなり次第、速やかに通知します。

申請者 住所

氏名 印

電話

受給者

住所	〒		
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
電話番号			

送付先

住所	〒		
フリガナ		本人との続柄	
氏名			
電話番号			

口座

金融機関名	支店名	種別	口座名義人							
銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	普通	フリガナ							
		当座								
金融機関コード	支店コード	貯蓄	口座番号							

必要な添付書類

- 1 受給者の本人確認できる書類（障害者手帳等）
- 2 変更先の運転免許証等本人確認できる書類

注：成年後見人による変更は登記事項証明書