

公害認定患者登録変更届

認定番号

守				
---	--	--	--	--

※裏面の説明を参考に該当する変更事項の欄に記載してください。

変更事項	変更前		変更後	
	ふりがな			
	氏名			
	ふりがな			
	住所	〒	〒	
電話番号				
変更年月日	令和 年 月 日	添付書類		
変更の理由				

金融機関等口座変更

1 金融機関名

ふりがな ----- 金融機関名	----- 支店						
金融機関番号 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					支店番号 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

2 預金種目 普通預金（総合口座）

3 口座番号

--	--	--	--	--	--	--

4 金融機関名
口座名義（請求者）

--

上記のとおり届け出いたします。

守 口 市 長 殿

令和 年 月 日

届 出 者
(本 人) 〒 -

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

電 話 _____

1 記入上の注意

「認定番号」の欄には、公害医療手帳の認定番号を記載してください。

登録されている情報の変更が生じた事項について、記載してください。

代理人による届出には、本人の承諾及び届出者の身分証明など、確認が必要です。

2 添付書類

(1) 氏名の変更

変更前の氏名及び変更後の氏名を証明することができる書類（戸籍謄本の原本等）を添付してください。

(2) 住所の変更

変更前の住所及び変更後の住所を証明することができる書類（住民票の原本等）を添付してください。

(3) 金融機関口座の変更

変更後の口座を確認することができるもの（通帳の複写等）を添付してください。