

鳥栖市重度心身障害者医療助成
振込先変更届

年 月 日

鳥栖市福祉事務所長 様

申請者氏名	
申請者住所	
受給者との続柄	
電話番号	

受給資格証の 記号番号	
受給者氏名	
受給者住所	
生年月日	年 月 日

下記の通り、重度心身障害者医療助成の振込先を変更します。

記

	変 更 前	変 更 後
金融機関名	銀行 支店	銀行 支店
口座番号		
口座名義人		

※ 原則、受給者本人名義の口座です。

※ 令和 年 月助成分から変更希望