

様式第7号(第8条関係)

年 月 日

神栖市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

神栖市難病患者福祉手当受給資格者異動(喪失)届

下記のとおり変更があったので届け出ます。

フリガナ			生年月日	年 月 日
受給者氏名				
		変 更 前	変 更 後	
変更の内容	1 氏 名			
	2 住 所			
	3 その他 ()			
	1 死 亡 2 その他()			
上記の理由が発生した日		年 月 日		

※ 「変更内容」の欄は、該当する番号を○で囲んで必要な事項を記入してください。

なお、未支給の手当がある場合には、下記の口座に振り込んでください。

受領者	1 受給者本人		
	2 受給者未成年につき、保護者 保護者氏名 () 続柄 ()		
	3 受給者死亡につき、相続人 相続人氏名 () 続柄 () ※配偶者⇒子⇒父母⇒孫⇒祖父母・兄弟姉妹⇒甥・姪の順に相続人になることができます。		
受領者口座	金融機関	銀 行 信用金庫 信用組合	支店
	預金種目	普通・当座・貯蓄	
	口座番号		
	名義(カタカナ)		