

恩納村高齢者福祉医療助成金受給資格喪失及び変更届

年 月 日

恩納村長

(受給者)

住所：

氏名：

連絡先電話番号：

恩納村高齢者福祉医療助成金の受給に関し、下記の事由により届出します。

在宅高齢者氏名	生年月日		(明・大・昭) 年 月 日	
受給資格変更日	年 月 日			
喪失・変更理由	1.村外へ転出(転出先：) 2.村内転居 3.入所（特別養護老人ホーム・老健・介護医療院） ※施設名（) 4.死亡 5.口座の変更 6.その他（)			
変更後 ※2・4・5の 場合	氏名			
	住所	恩納村字		
	口座	金融機関名	銀行・農協 金庫・漁協	本店・支店 支所・出張所
		口座番号		
	口座名義人（ふりがな）	-----		

【窓口に来た人】 受給者と異なる場合は記入してください。

氏名：

受給者との続柄：

電話番号：