

被爆者援護費  
受給資格喪失・氏名・住所等変更届

●●年 △△月 □□日

(届出先)  
横浜市 長

住所 横浜市中区本町6-50-10  
(届出人) (フリガナ) ヨコハマ タロウ  
氏名 横浜 太郎  
電話番号 〇〇〇-△△△-□□□□  
日中連絡先 〇〇〇-△△△△-××××  
受給資格者との続柄 (本人)

該当する届出理由を  
丸で囲んで下さい

次のとおり、届け出ます。

受給資格者 氏名	横浜 太郎		明治 大正 昭和	年	月	日生 (歳)
受給資格者 住所	〒231-0005 横浜市 中区 本町6-50-10		電話 〇〇〇 (△△△) □□□□			
被爆者健康 手帳の番号	① 公費負担番号	1914601-8				
	② 公費負担医療の受給者番号	△□〇△□●-△				
援護費の承認番号	△△△△△△					
下記の届出理由のうち、該当する番号に○をつけてください。						
資格喪失	1 市外転出	転出年月日	年	月	日	
	2 死亡	死亡年月日	年	月	日	
変	3 転居	新住所 ----- 旧住所	神奈川県が発行している被爆者健康手帳の公費負担者番号は、「1914601-8」となります			
	4 氏名	新氏名 ----- 旧氏名				
更	5 振込先 金融機関	新口座	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所		
			種別	普通・当座	口座番号	
			口座名義人	フリガナ ( )		続柄
		旧口座	銀行・信用金庫・農協		本店・支店・出張所	
	6 その他					

※口座名義人のフリガナは、必ずご記入ください。

※処理欄	福祉保健センター受付	局使用欄	備考