

様式第7号（第6条関係）

令和 年 月 日

佐渡市長 様

新受給者氏名 (印)

旧受給者氏名 (印)

介護手当受給者変更申請書

佐渡市介護手当の受給者を次のとおり変更したいので、承認くださるよう申請します。

1 變更理由

2 変更年月日 令和 年 月 日

3 新受給者

住 所			
氏 名		職 業	
生 年 月 日	年 月 日	性 別	男・女
健 康 の 状 況	健 弱		
障 害 者 の 氏 名		続 柄	

4 口座振替申込

金 融 機 関 名			
支 店 名		預 金 種 別	
ふ り が な			
口 座 人 名 義			
口 座 番 号			