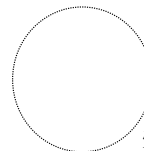


福祉医療費の委任の取扱いに係る申出事項の変更届



受付印

(宛先) 京 都 市 長		年 月 日	
以下のとおり、申出事項の変更を申し出ます。			
管理者	住所	〒 ー	
	氏名 ※1	電話番号	
変更事項	内容	変更年月日	年 月 日
	理由等		

(振込口座を変更する場合に記載してください。)													
金融機関名				金融機関コード				支店名		支店コード			
銀行 金庫 農協								支店					
口座番号 (右詰)						預金種目		<input type="checkbox"/> 普通		<input type="checkbox"/> 当座		<input type="checkbox"/> 貯蓄	
口座名義人		(フリガナ)											

必要事項及び該当する□にV印を記入してください。
 (※1) 管理者が施術団体等の場合は、施術団体や施術所の名称も記載してください。
 (※2) 委任の取扱いを実施する施術者を追加する場合は、様式第2号の2等を添付すること。