

受付番号

氏 名 等 変 更 届

年 月 日

吹 田 市 長 あ て

届出者 住所 _____

氏名 _____

電話 _____

(被認定者との続柄)

公害健康被害の補償等に関する法律施行規則第39条の規定により、上記のとおり届け出ます。

認 定 番 号		吹	
変 更 事 項	ふりがな	変 更 前	変 更 後
	氏 名		
	住 所		
	振 込 口 座	(1) 当座 (2) 普通 _____銀行_____支店 通帳番号 _____ 名義 _____	(1) 当座 (2) 普通 _____銀行_____支店 通帳番号 _____ 名義 _____
変 更 年 月 日	年 月 日	変 更 の 理 由	
添 付 書 類 名	1. 公害医療手帳 2. 住民票の写し 3. 戸籍謄本 4. その他()		

1. 記入上の注意

「認定番号」の欄には、あなたが被認定者であるときはあなたの公害医療手帳の記号・番号を、あなたが遺族補償費の支給を受けている者であるときは、死亡した者の公害医療手帳の認定番号(死亡した者が公害医療手帳の交付を受けていないときは、この欄に斜線を引いてください。)を記入してください。

2. 添付書類

- (1) この届書には、公害医療手帳を添えて届け出てください。
- (2) この届書には、変更前の氏名又は住所及び変更後の氏名又は住所を証明することができる書類を添えてください。
- (3) 口座振込依頼書(振込口座を変更する場合)