

公害健康被害の補償等に関する法律
氏 名 等 変 更 届

公害医療手帳 の記号番号	大阪 一	※ 枝 番	変更年月日	平成 令和	年	月	日
変 更 理 由 (必 要 書 類)	<input type="checkbox"/> 氏 名 変 更 (戸籍謄本) <input type="checkbox"/> 住 所 変 更 (住 民 票) <input type="checkbox"/> 口座変更 <input type="checkbox"/> その他						

※遺族補償費受給者の場合のみ、記入願います。 わからない場合は空欄可。

事 項		変 更 前								変 更 後							
フリガナ																	
氏 名																	
フリガナ																	
住 所																	
振 込 口 座	金融機関名	※金融機関コード								※金融機関コード							
		銀行・金庫・組合								銀行・金庫・組合							
	支 店 名	※支店コード				種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		※支店コード				種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			
		支 店								支 店							
	口座番号																
フリガナ																	
氏 名																	
そ の 他																	

※金融機関コード・支店コードがわからない場合は空欄可。

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。

(提出先) 大阪市長

令和 年 月 日

受 付 印	

(届出者) 〒 —
住 所

電 話 () —
氏 名

○裏面の<記入方法について>を参照のうえ、記入願います。

<記入方法について>

- 変更された項目のみ記入していただき、必ず「変更前」「変更後」を記入してください。
- 添付書類については、変更内容を証明するのに必要なものを添付願います。
- 『変更年月日』は、当該項目を変更された日付です。
転居の場合は、住民票に記載されている「異動年月日」です。
(わからない場合は空欄可。)
- 届出者は、被認定者、補償給付受給者、成年後見人のみの対応になります。
- 振込口座の名義についても、被認定者、補償給付受給者、成年後見人の対応になります。
- 成年後見人の方が手続をされる場合は、法的な証明書、預金通帳の写し（支店・口座番号・口座名義が記載されているもの）の添付が必要です。
- 郵送物の送付先を成年後見人の方へ変更される場合は、『住所』欄の「変更前」に斜線を引き、「変更後」に成年後見人の住所を記入してください。なお、成年後見人の住所については、法的な証明書に記載のある住所のみの対応になります。