

様式第5号(第9条関係)

決 裁	決裁権者					受付	年	月	日
						決裁	年	月	日
						交付	年	月	日

乳幼児医療費受給資格内容等変更(消滅)届									
受給資格者	資格証番号								
	氏名								
	住所								
乳幼児	氏名				生年月日	年 月 日			
	住所								
内 容		区 分		新			旧		
対象乳幼児の氏名									
住 所									
加 入 保 険	世帯主・被保険者・組合員・加入者の氏名								
	記 号 番 号								
	保 険 者 名 (保険組合等の名称)		電話 ()			電話 ()			
	所 在 地								
	保 険 者 番 号								
振 込 先	金 融 機 関								
	支 店 名								
	口 座 番 号								
	フ リ ガ ナ								
	口 座 名 義 人								
変 更 年 月 日									
消滅理由 消滅理由発生日 年 月 日									
上記のとおり ^{変更} 消滅が生じたので受給資格証を添えてお届けします。									
届出年月日 年 月 日									
届出人 住所 氏 名									
神川町長 様 印									