

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

こども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	個人番号：								
	住所									
こども	氏名	個人番号：			生年月日	年 月 日				
	住所									
内 容		区 分			新			旧		
対 象 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									
そ の 他 の 事 項										
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 ⑩										