様式第６号（第１０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 | 　 |
| 区分内容 | 新 | 旧 |
| 対象となるこどもの氏名 | 　 | 　 |
| 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 |