

様式第6号（第10条関係）

|        |      |  |  |  |  |    |   |   |   |
|--------|------|--|--|--|--|----|---|---|---|
| 決<br>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 |  |  |  |
| 対象となるこどもの氏名  |                         |               |        |   |      |        |   |  |  |  |
| 住所   |                         |               |        |   |      |        |   |  |  |  |
| 加<br>入<br>保<br>険   | 世帯主・被保険者・組<br>合員・加入者の氏名 |               |        |   |      |        |   |  |  |  |
|  | 記号番号                    |               |        |   |      |        |   |  |  |  |
|  | 保険者名<br>(保険組合等の名称)      |               | 電話 ( ) |   |      | 電話 ( ) |   |  |  |  |
|  | 所在地                     |               |        |   |      |        |   |  |  |  |
|  | 保険者番号                   |               |        |   |      |        |   |  |  |  |
| 振<br>込<br>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 |        |   |      |        |   |  |  |  |
| <p>上記のとおり 変更が生じたので受給資格証を添えてお届けします。</p> <p>消滅</p> <p>届出年月日 年 月 日</p> <p>届出人 住所 氏名</p> <p>神川町長 様</p> |                         |               |        |   |      |        |   |  |  |  |