

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								
内 容	区 分		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							
<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>									