

様式第5号(第9条関係)

課長専決

決 裁	課長	副課長	リーダー	主査	担当	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	資格証記号番号						
	氏名						
	住所						
対象児	氏名				生年月日	年 月 日	
	住所						
区 分		新			旧		
内 容							
対象児の氏名							
住 所							
加入医療保険	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						
	口 座 番 号						
	フ リ ガ ナ 口 座 名 義 人						
変 更 年 月 日	令和 年 月 日						
消滅理由							
消滅事由発生日 令和 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。							
令和 年 月 日							
届出人 住 所 氏 名							
横瀬町長 様 連絡先							