

様式第5号(第7条様式)

ひとり親家庭医療費受給資格変更届

年 月 日

猪苗代町長

届出人 住所 猪苗代町
氏名

次のとおり変更が生じたので、届け出ます。

受給者番号		猪苗代	変更事由			
区分	新			旧		
	氏名			氏名		
受給者	住所			住所		
	記号			記号		
加入	番号			番号		
	保険者名			保険者名		
保	被保険者			被保険者		
	付加給付内容			付加給付内容		
険	支払希望			支払希望		
	金融機関			金融機関		
	口座番号			口座番号		
変更年月日		令和 年 月 日				
資格を喪失した児童	氏名			続柄		生年月日 . .
	喪失年月日	令和 年 月 日				
	喪失事由					
注意) 変更の事実を証明できるものを提示してください。						