

平内町乳幼児・子ども医療費受給資格変更(消滅)届

平成 年 月 日

平内町長 船橋 茂久 殿

住 所 平内町大字

申請者 氏 名 ㊟

電話番号 ( )

下記のとおり受給者証を添えて届出します。

記

1 変更届

		新	旧	変更年月日	
保護者	住 所	平内町大字	平内町大字		
	氏 名				
	加 入	種 別	国保 ・ 社保	国保 ・ 社保	
		記号番号	記号： 番号：	記号： 番号：	
	保 険	保 險 者			
所 在 地					
対象者 乳幼児 子ども	住 所	平内町大字	平内町大字		
	氏 名				

2 消滅届

消滅事項	年齢到達 ・ 転出 ・ その他
理 由	