

平内町乳幼児・子ども医療費受給資格変更(消滅)届

年 月 日

平内町長 殿

〒  
 申請者 住 所  
 氏 名 (印)  
 電話番号 ( )

下記のとおり受給者証を添えて届出します。

記

		新	旧	変更 年月日
受給者氏名				
保護者	氏名			
	個人番号			
前年の1月1日 時点での住所地		都・道 府・県	市・区 町・村	
今年の1月1日 時点での住所地		都・道 府・県	市・区 町・村	
住所		平内町	平内町	
加入保険		□保険証の写しを添付(被保険者: → )		
消滅事項		<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 助成制度の変更 ( → ) <input type="checkbox"/> 給付対象者が婚姻 <input type="checkbox"/> 給付対象者が就職 <input type="checkbox"/> その他		
消滅理由				

町 処 理 欄		受給者証 発行処理	保護者 変更処理	
	処理年月日	/	/	/
	処理者印			