

様式第6号（第8条関係）

決 裁	課 長				担当者	台帳整理
						月 日

子ども医療費受給資格変更届

年 月 日

里庄町長 殿

届出人 住 所
氏 名

受給資格者番号							受給資格者氏名		生年月日		
									年 月 日		
変更事項に○を付けて下さい。 1 氏名 2 住所 3 加入保険関係 (1) 保険者名 (2) 記号番号 (3) 附加給付の内容 4 その他							変 更 前				
							変 更 後				
変 更 年 月 日							年 月 日				

※子ども医療費受給資格者証及び被保険者(組合員)証を添えて提出して下さい。