

様式第16号(第7条関係)

| ㊦ 子ども等医療費受給資格内容変更等届  |                 |       |       |
|--|-----------------|-------|-------|
| 資格証の記号番号   |                 |       |       |
| 区 分  | 変 更 種 別         | (新)   | (旧)   |
| 受 給 資 格 者  | ふ り が な 氏 名     |       |       |
|  | 住 所             |       |       |
| 子 ども 等   | ふ り が な 氏 名     |       |       |
|  | 住 所             |       |       |
| 加入保険   | 被 保 険 者 氏 名     |       |       |
|  | 保 険 種 別         |       |       |
|  | 保 険 者 名         |       |       |
|  | 保 険 者 所 在 地     |       |       |
|  | 保 険 証 記 号 番 号   |       |       |
|  | 付 加 給 付 金 の 有 無 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 |
|  | 給 付 内 容         |       |       |
| 他の制度による医療費助成を受けることとなったとき   | 助成制度名           |       |       |
| 変 更 等 事 由 発 生 年 月 日  |                 |       |       |
| 変 更 等 事 由  |                 |       |       |
| <p>上記のとおり変更等したのでお届けします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">(住 所)<br/>邑南町</p> <p style="text-align: right;">(届出人)<br/>氏 名 (印)<br/>(子ども等との続柄 )</p> <p>邑南町長 様</p> |                 |       |       |