

様式第9号(第7条関係)

㊦ 乳幼児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		
乳幼児等	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			
上記のとおり変更等したのでお届けします。 年 月 日 (住 所) 邑南町 (届出人) 氏 名 (乳幼児等との続柄) 邑南町長 様			