

第 8 号様式（第11条関係）

子ども医療費受給資格変更届

年 月 日

幌 延 町 長 様

保護者 住 所 幌延町
氏 名

下記のとおり受給資格に変更がありましたので届出ます。

記

新受給者証記号番号							
受給者	氏 名			受給者証記号番号	北-146		
	個 人 番 号						
受給対象者	住 所	新	幌延町			変更	
		旧	幌延町			年 月 日	
	氏 名	新				変更	
		旧				年 月 日	
加入保険	保険者	新				変更	
		旧				年 月 日	
	記号番号	新		付加給付の有無	有・無	変更	
		旧			有・無	年 月 日	
保護者	住 所	新	幌延町			変更	
		旧	幌延町			年 月 日	
	氏 名	新				変更	
		旧				年 月 日	