

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		
	個人番号		北-146		
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