

様式第 10 号(第 12 条関係)

変更
ひとり親家庭等医療費受給資格 届
消滅

年 月 日

おいらせ町長 様

住所
申請者
氏名

次のとおり資格証を添えて届出します。

1 変更届

		新	旧	変更年月日
給付者	住 所			
	氏 名			
	個 人 番 号			
	加 種 別			
	入 記 号 番 号			
	保 保 険 者			
受給者	險 所 在 地			
	住 所			
受給者	氏 名			

2 消滅届

消滅事項	
事由	