

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 対 象 者	住 所				
	氏 名				
	個 人 番 号				
	加 入 保 険	種 別			
		記 号 番 号			
		保 険 者			
		所 在 地			
受 給 者	住 所				
	氏 名				

2 消滅届

消 滅 事 項	
事 由	