

様式第5号(第8条関係)

	子	ど	も	
	ひとり親家庭等	医療費受給内容変更届		
	重度障がい者(児)			

年 月 日

南越前町長 様

申請者 住所 南越前町 第 号 番地
氏名
電話番号

下記のとおり変更しましたので、関係書類を添えてお届けします。
なお、医療費受給資格を受けるに当たり必要な事項の調査について同意します。

受給者番号													
受給者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ											
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ											
	生 年 月 日	年 月 日											
	個 人 番 号 (※)												
変 更 事 由		1 転 居 (年 月 日転居) 2 加入医療保険変更 (別添のとおり 年 月 日変更) 3 振込先変更 <input type="checkbox"/> 公金受取口座 <input type="checkbox"/> 指定口座 (添付のとおり) 4 転 出 (年 月 日転出) 5 死 亡 (年 月 日死亡) 6 そ の 他 (年 月 日変更)のため											

(注) ※個人番号の提供を行わない場合は記入しないでください。

認定欄

担 当 (入力日)	年 月 日	確 認		証 交 付	窓口・郵送・() 年 月 日
--------------	-------	-----	--	-------	--------------------

添付書類

- 加入医療保険がわかるもの
- 指定口座がわかるもの