

様式第6号(第8条関係)

子ども医療費受給資格変更届

受給者番号		対象児	氏名		
			生年月日	年 月 日	
区 分		新		旧	
対象児	住 所				
	氏 名				
受給者	住 所				
	氏 名				
保険証	記 号				
	番 号				
	被保険者氏名				
	保険者名				
	附加給付		有・無		有・無
	資格取得日		年 月 日		
振込口座	銀行名		銀行		
	支店名		支店		
	預金種目		普・当		
	口座番号				
	口座名義(カタカナ)				
変更の理由					
<p>上記のとおり変更になりましたのでお届けします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">届出人 住所 氏名</p> <p>宇土市長 様</p>					