

様式第 11 号(第 10 条関係)

深浦町子ども医療費受給資格変更(消滅)届

年 月 日

深 浦 町 長 様

(申請者)

住 所

氏 名

電話番号

印

下記のとおり資格証を添えて届出します。

記

対 象 子 ども	氏 名	生 年 月 日	年 齢

・変更届

変 更 内 容		
保 護 者	住 所	
	氏 名	
加 入 保 険	種 類	
	保 険 者	
	記号・番号	
	被保険者氏名	

・消滅届

消滅事由	1. 転出 2. ひとり親家庭等医療費給付の対象に移行 3. その他 ()
------	---