

# 記入例

申請日を記入

母子・父子家庭医療費受給資格変更届

令和●年●●月●●日

南三陸町長 様

住所 南三陸町志津川字沼田 1 0 1 番地  
受給者  
氏名 三陸 太郎

次のとおり変更が生じたので、南三陸町母子・父子家庭医療費の助成に関する条例第7条第2項の規定により届出します。

受給者証番号	1 2 3 4 5 6 7	変更事由	<input type="checkbox"/> 医療保険 <input checked="" type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
区分	新		旧			
受給者	氏 名		氏 名			
	住 所	南三陸町志津川字沼田●番地	住 所	南三陸町歌津字柕沢●番地		
加入保険	記 号		記 号			
	番 号		番 号			
	保 険 者 名		保 険 者 名			
	被 保 険 者 名		被 保 険 者 名			
	付 加 給 付 内 容		付 加 給 付 内 容			
変 更 年 月 日		令和●年●●月●●日				
資格を取得し、又は喪失した児童	氏名		続柄		生年月日	年 月 日
	取得・喪失年月日					
	取得・喪失事由					
(注意) 変更の事実を証明できるものを提示してください。						