

様式第5号(第6条関係)

<p>子ども医療費助成金受給資格等変更・喪失届</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>座間味村長 様</p> <p style="text-align: right;">届出人 住所 氏名 <span style="float: right;">㊟</span></p> <p>次のとおり変更・喪失しましたので届けます。</p>																							
受給者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 2.5%;"></td><td style="width: 2.5%;"></td><td style="width: 2.5%;"></td><td style="width: 2.5%;"></td><td style="width: 2.5%;"></td><td style="width: 2.5%;"></td><td style="width: 2.5%;"></td><td style="width: 2.5%;"></td><td style="width: 2.5%;"></td><td style="width: 2.5%;"></td><td style="width: 2.5%;"></td><td style="width: 2.5%;"></td><td style="width: 2.5%;"></td><td style="width: 2.5%;"></td><td style="width: 2.5%;"></td><td style="width: 2.5%;"></td><td style="width: 2.5%;"></td><td style="width: 2.5%;"></td><td style="width: 2.5%;"></td><td style="width: 2.5%;"></td> </tr> </table>																					子ども氏名	年 月 日
		新	旧																				
変更の内容	子ども	フリガナ																					
		氏名																					
	受給資格者	住所																					
		フリガナ																					
		氏名																					
	加入医療保険	種類	政 組 船 共 国 保	政 組 船 共 国 保																			
	記号																						
	保険者名																						
喪失	理由	1 転出	2 生活保護開始	3 死亡	4 その他																		
	喪失日	年 月 日																					
備考																							