

様式第5号(第6条関係)

子ども医療費助成金受給資格等変更・喪失届

年 月 日

座間味村長 様

届出人 住所 座間味村字座間味109  
氏名 座間味 好太 印

次のとおり変更・喪失しましたので届けます。

受給者番号		4 7 5 7 8 2 9 4 8 9	子ども氏名	座間味 太郎		
			生年月日	令和2年 10 月 9 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				
	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						