

六ヶ所村乳幼児等医療費受給資格変更(消滅)届

(様式第11号 第11条関係)

六ヶ所村ひとり親家庭等医療費受給資格変更(消滅)届

(様式第10号 第12条関係)

六ヶ所村子宝祝金支給事業変更(消滅)届

(様式第2号 第6条関係)

※該当する□に✓をしてください。

六ヶ所村長 様

下記のとおり届出します。

		申請年月日		令和 年 月 日		
		申請者	住所	六ヶ所村大字 字		
			(フリガナ)			
			氏名	Ⓔ		
			電話番号			
			生年月日	昭和・平成 年 月 日		
住所	変更前	六ヶ所村大字 字				
	変更後	六ヶ所村大字 字				
	変更年月日	令和 年 月 日				
氏名	変更前					
	変更後					
	変更年月日	令和 年 月 日				
加入保険	変更前	種別		記号		
		保険者		番号		
	変更後	種別		記号		
		保険者		番号		
		変更年月日	令和 年 月 日			
振込金融機関	変更前	銀行名		銀行	口座番号	
		支店名	本店・	支店	口座名義	
	変更後	銀行名		銀行	口座番号	
		支店名	本店・	支店	口座名義	
消滅	消滅事由	1. 他の市町村に転出した		2. 父母が婚姻を解消した		
		3. 父または母が婚姻した		4. その他()		
	消滅年月日	令和 年 月 日				

※届出の際は、乳幼児等医療費受給資格証又はひとり親家庭等医療費受給資格証を添付してください。

※口座の変更を希望する場合は、変更後の振込口座通帳またはキャッシュカードの写しを添付してください。

※振込金融機関は、申請者名義のものに限ります。