

様式第5号(第8条関係)

ひとり親家庭医療費受給者変更届

年 月 日

砥部町長 様

届出人 住 所  
氏 名



受給者番号	
-------	--

次のとおり変更しましたのでお届けします。

変更項目		変 更 前	変 更 後
家庭主 (扶養者)	住 所		
	氏 名		
	個 人 番 号		
児童(被扶養者)の数		人 (理由)	
加入保険	記 号 番 号		
	保 険 種 別		
	摘 要		
そ の 他 の 事 項			
変 更 年 月 日			

注 1 この届出には、ひとり親家庭医療費受給者証を添付すること。

2 児童(被扶養者)の数欄の(理由 )は、死亡、20歳到達、就学の終了等を簡単に記入すること。