

第 6 号様式(第 1 4 条)

児童医療費受給資格内容等変更（消滅）届					
保護者	住所	〒			
	氏名				
児童	住所	〒			
	氏名		生年月日	年 月 日	
		新	旧		
住所					
保護者の氏名					
児童の氏名					
加入医療保険	保険者名				
	保険者番号				
	被保険者氏名				
	記号	番号			
振込口座	金融機関名 (郵便貯金銀行は除く)				
	支店名		支店	支店	
	口座種別		普通口座	普通口座	
	口座番号				
	フリガナ				
	口座名義人				
変更年月日		年 月 日			
消滅理由		転出・死亡・その他 ()			
消滅事由発生日		年 月 日			
上記のとおり変更（消滅）が生じたので関係書類を添えて届出いたします。					
年 月 日					
横芝光町長 様					
住所 氏名 (印) 電話 ()					