

様式第9号(第14条関係)

ひとり親家庭等医療費受給資格 <sup>変更</sup>届  
消滅

年 月 日

藤崎町長

住所  
申請者 氏名 (※)  
(※) 本人が手書きしない場合は、  
記名押印してください。

下記のとおり資格証を添えて届出します。  
記

1 変更届

		新	旧	変 更 年 月 日	
給 付 対 象 者	住 所				
	氏 名				
	加 入 保 険	種 別			
		記 号 番 号			
		保 険 者			
所 在 地					
受 給 者	住 所				
	氏 名				

2 消滅届

消 滅 事 項	
事 由	