

様式第24号(第7条関係)

決 裁	課長	課長 補佐	係長	本庁 担当者	支所担当者	受付	年 月 日
						決裁	年 月 日
						処理	年 月 日

子ども 医療費受給資格内容等変更届								
受給者番号								
受給者	氏名				生年月日	年 月 日		
	住所	阿賀町						
児童	氏名				生年月日	年 月 日		
	住所	阿賀町			出生順位	第 子		
変 更 事 項	変更事由							
	住所		阿賀町					
	変更受給者	ふりがな				性別	男・女	
		氏名				生年月日	年 月 日	
		住所	阿賀町			児童 との続柄		
		職業						
	加入保険	被保険者(世帯主) 氏名						
		記号・番号						
		保 険 者						
		所 在 地						
保険負担割合								
出生順位		子 → 子						
所得等								
<p>上記のとおり変更が生じたので受給者証を添えてお届けします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 申請者 住所</p> <p>阿賀町長 様 氏 名 印</p>								

- (注) 1 氏名を自署する場合は、押印を省略することができる。
 2 申請者は太枠欄を記入しないこと。