

様式第23号(第7条関係)

決	課 長	課 長 補 佐	係 長	本 庁 担当者	支 所 担当者	受 付 年 月 日
裁						決 裁 年 月 日
						処 理 年 月 日

妊産婦医療費受給資格内容等変更届						
受給資格者	資 格 証 番 号					
	氏 名		生年月日		年 月 日	
	住 所		阿賀町			
変 更 事 由	変 更 事 由					
	住 所		阿賀町			
保 険 事 項	加 入 保 険	被保険者氏名			附加給付	有 ・ 無
		記 号 ・ 番 号			保 険 負 担 割 合	
	保 險	保 險 者 名				
		所 在 地				
	助 機 成 金 振 込 関 連	銀 行 名				
記 号 ・ 番 号						
氏 名						
上記のとおり変更が生じたので受給資格証を添えてお届けします。 年 月 日 申請者住所阿賀町氏名 阿賀町長様						