

様式第6号(第11条関係)

児 童 手 当

こども医療費 受給資格内容等変更(消滅)届

受給資格証番号	対象児氏名	生年月日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

1 下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。

		変更年月日		年	月	日
住 所 変 更	(新)					
	(旧)					
氏 変 更	受 給 者 氏 名	(新)			(旧)	
	対 象 児 氏 名	(新)			(旧)	
保 険 変 更 (新)	別紙、被保険者証写しのとおり					
振 込 先 変 更 (新)	銀行・信用金庫・農協					
	普通・当座	口座番号				
	名義人(カナ)					

2 受給資格が消滅しましたので受給者証を添えてお届けします。

		消滅年月日		年	月	日
消 滅 理 由	1 町外に転出(転出先住所／ )					
	2 生活保護受給 3 他制度に切り換え 4 受給者変更 5 その他( )					

年 月 日

届出人 住 所  
氏 名  
電話番号 ( )

毛呂山町長 あて