

様式第十二号（第十四条関係）

六戸町子ども医療費受給資格変更（消滅）届

平成 年 月 日

六戸町長 殿

住所 六戸町
申請者 氏名 印

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
保護者	住所			年 月 日
	氏名			年 月 日
	加入 保 険	種類		年 月 日
		記号番号		
		保険者		
所在地				
対象者	住所			年 月 日
	氏名			年 月 日

2. 消滅届

消滅事項	受給資格
理由	年 月 日、 のため。