

様式第10号（第12条関係）

六戸町ひとり親家庭等医療費受給資格変更（消滅）届

年 月 日

六戸町長 殿

住所  
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

区 分		新	旧	変更年月日	
給付対象者	住 所			年 月 日	
	氏 名			年 月 日	
	加 入 保 険	種 別			年 月 日
		記号番号			
		保 険 者			
所 在 地					
受給者	住 所			年 月 日	
	氏 名			年 月 日	

2 消滅届

消滅事項	受給資格
事 由	