

様式第6号(第11条関係)

子ども医療費助成金受給資格等変更届

年 月 日					
北杜市長 様					
申請者 住所 (保護者)					
氏 名 電 話				印	
小児氏名及び 生 年 月 日				年 月 日	
変 更 年 月 日		年 月 日			
変 更 事 項		変 更 前		変 更 後	
氏 名					
住 所					
加入 医療 保険	名 称	健康保険組合 共済組合 全国健康保険協会 支部		健康保険組合 共済組合 全国健康保険協会 支部	
	種 別	国保・社保(協・組・共・他)		国保・社保(協・組・共・他)	
	記号番号				
指 定 口 座	金融機関名	支 店 名	口 座 種 類	口座番号	口座名義人名
		支所・支店	普通・当座		
変 更 理 由					
その他の事項					

※変更届には受給資格証を添付すること。