

様式第4号 (第6条、第10条関係)

年 月 日 交付・郵送・回収

決 裁	課長	課長補佐	主幹	グループリーダー	係	受付	年 月 日	
						処理	年 月 日	
						決裁	年 月 日	
ひとり親家庭医療費 受給資格者証再交付申請書・受給資格内容等変更届								
資格証記号番号		受給資格者氏名		生年月日		住 所		
		<input type="checkbox"/> 届出人に同じ				<input type="checkbox"/> 届出人に同じ		
変更内容	新			旧		異動年月日		
住所変更						. . .		
助成対象者	氏名		事由		氏名		事由	
加 入 保 険 変 更	被保険者							
	記号番号							
	保険者番号							
	保険者 名称	下野市国保 国民健康保険組合 健康保健組合 共済組合 後期高齢者医療広域連合 全国健康保険協会 () 支部		下野市国保 国民健康保険組合 健康保健組合 共済組合 後期高齢者医療広域連合 全国健康保険協会 () 支部				
振込先変更	銀行		本店	口座番号 (普通)				
	信金		支店	フリガナ				
	信組		出張所	口座名義				
備考		農協		支所				
上記のとおり関係書類を添えて、(届出・申請) いたします。 年 月 日								
下野市長 様		届出人		住所 下野市		氏名 (印)		
				電話 ()				

(注) 太枠は記入しないでください。
署名又は記名押印してください。