

## こども等医療費受給者資格変更届

受給者番号		助成 対象者	氏 名	
			生年月日	
区 分		新		旧
助成対象者住所		大津町大字		大津町大字
受 給 者	振 込 口 座	金融機関名	銀行	銀行
		支店(所)名	支店・支所	支店・支所
		種 目	普 通	普 通
		口座番号		
		名義人カナ		
保 険 者	保険者番号			
	保険者名			
	記号・番号			
	附加給付		有 ・ 無	有 ・ 無
変 更 の 理 由		受給者の変更 ・ 保険の変更 ・ 口座の変更 ・ その他( )		
<p>上記のとおり変更になりましたのでお届けします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">届出人 住所 大津町 (受給者) 氏 名 電話番号 — —</p> <p style="text-align: center;">大津町長 様</p>				