

様式第 5 号（第 6 条関係）

受 付	電 算 入 力	発 行

子ども医療費に関する資格内容変更届				
日高川町長 様		年 月 日		
申請者 住 所				
氏 名				
受 給 者	氏 名		男 ・ 女	
	生年月日	年 月 日 生		
	住 所			
受 給 者 証 番 号				
変 更 事 項			新	旧
	住 所			
	氏 名			
	個 人 番 号			
	加 入 保 険	被保険者氏名		
		記 号 番 号		
		保 険 者 名 称		
		所 在 地		

太線枠は記入しないで下さい。