

様式第9号(第8条関係)

㊦ 乳幼児等医療費受給資格内容変更等届			
資格証の記号番号			
区分	変更種別	新	旧
受給資格者	ふりがな氏名		
	住所		
乳幼児等	ふりがな氏名		
	住所		
加入保険	被保険者氏名		
	保険種別	協・組・船・共・国	協・組・船・共・国
	保険者名		
	保険者所在地		
	被保険者記号番号		
	認定年月日	年 月 日	年 月 日
	附加給付の有無	有・無	有・無
	給付内容		
他の制度による医療費助成を受けることとなったとき		助成制度名	
変更等事由発生年月日		令和 年 月 日	
変更等理由			
<p>上記のとおり変更等したのでお届けします。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 届出人 氏名 電話番号 (       )       - (乳幼児等との続柄       )</p> <p>奥出雲町長 様</p>			