

様式第6号（第10条関係）

ひとり親家庭医療費受給資格者内容等変更届										
受給資格者	氏名			受給者番号						
	住所			那須塩原市						
変更事項	変更事由		住所・加入保険・その他()							
	新					旧				
	住所		那須塩原市			住所		那須塩原市		
	助成対象者	氏名		事由		助成対象者	氏名		事由	
氏名			事由		氏名			事由		
氏名			事由		氏名			事由		
氏名			事由		氏名			事由		
氏名			事由		氏名			事由		
加入保険	被保険者氏名					被保険者氏名				
	記号番号					記号番号				
	保険者名称					保険者名称				
	その他					その他				
<p>上記のとおり変更が生じたので受給資格者証を添えて届出します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 那須塩原市</p> <p style="text-align: right;">届出者</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <p>那須塩原市長 様</p>										

受付	令和	年	月	日
交付	令和	年	月	日