

子 ども  
妊 産 婦 医 療 費 受 給 資 格 変 更 届  
重度心身障害者

受給者証番号	第 号					
変更事項	変 更 前			変 更 後		
受給者	氏名					
	住所					
保護者	氏名		続柄		続柄	
	住所					
加入医療保険等	保険種別					
	被保険者氏名					
	保険者名					
	記号番号					
振込先	口座名義人					
	金融機関	銀行		店		
	口座番号					
	預金種別					
所得の状況						
その他						
変更年月日	年		月		日	

上記のとおり変更があったので、受給者証を添えて届出ます。

年 月 日

届出人（受給者等）

住 所

氏 名

雫石町長

様