

様式第6号（第6条関係）

乳幼児等医療費受給資格登録内容等変更届 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">年 月 日</div> 広野町長 様 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 届出者 住 所 氏 名 印 （電話番号 - - ） </div> 下記のとおり変更が生じたので、届け出ます。		
乳幼児等の氏名		
変 更 内 容	<input type="checkbox"/> 氏名	旧氏名（ ） ※新しい氏名は「乳幼児等の氏名」欄に記入
	<input type="checkbox"/> 住所	旧住所（ ） ※新しい住所は「届出者」欄に記入
	<input type="checkbox"/> 個人番号	保護者新番号（ ） 乳幼児等新番号（ ）
	<input type="checkbox"/> 連絡先	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ 届出者と違う場合⇒（ ）
	<input type="checkbox"/> 加入保険	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他⇒（ ） ※新しい保険証の写しを添付してください。 ※広野町国民健康保険加入の場合は写し不要。
	<input type="checkbox"/> 振込口座	金融機関名（ ） 支店名（ ） 普通・当座 口座番号（ ） 口座名義（ ） ※通帳等の写しの添付があれば記載不要です。
	<input type="checkbox"/> その他	

※変更があった内容に☑を入れてください。