

第3号様式(第6条関係)

<u>こども医療費受給異動届出書</u>		
		年 月 日
(宛 先)亀岡市長		
		届出者の住所 氏名 受給者との続柄()
次のとおり届出ます。		
受給者番号		氏名
住 所	申請者住所に同じ	年 月 日生
異動の種別	<input type="checkbox"/> 氏 名 <input type="checkbox"/> 住所、世帯主 <input type="checkbox"/> 保険関係 <input type="checkbox"/> 市外転出 <input type="checkbox"/> 死 亡 <input type="checkbox"/> その他()	
異動年月日	年 月 日	
氏 名	新	
	旧	
住 所	新	
	旧	
保険関係	新	
	旧	
摘 要	受給者証の添付 有 ・ 無(提出予定・紛失)	

注) 1 該当する□には、レ印を記入してください。
 2 この届出を提出する際、受給者証を必ず添えて提出してください。

備考 自書による場合は、押印を省略することができます。