

ひとり親家庭等医療費給付申請書
兼登録内容変更届

平成 年 月 日

津幡町長様

ふりがな

受給資格者(申請者) 氏名

印

住所 津幡町

(TEL - -)

次のとおり給付を受けたいので申請します。なお、給付決定に係る住所、加入健康保険、所得及び受給資格の確認に同意します。

登録番号	対象者氏名	対象者生年月日	給付申請額
		昭和 平成 年 月 日	

次のとおり登録内容に変更がありましたので届け出ます。

対象者加入健康保険

保険者番号	記号・番号	被保険者氏名	資格取得日
			平成 年 月 日

支払希望金融機関

口座名義人カナ			
銀行 金庫 農協		本・支店 出張所	普通・当座