

別記様式第20号（第11条関係）

ひとり親家庭等医療費助成金受給者住所等変更届

令和 年 月 日

倶 知 安 町 長 様

届出者 住 所

氏 名

受給者との続柄

電話番号

下記のとおり住所等に変更がありましたので届け出ます。

記

届 出 内 容	受給資格者氏名								受給者番号					
	住 所	新	倶知安町								変更			
		旧									令和 年 月 日			
	氏 名	新									変更			
		旧									令和 年 月 日			
	保 険 者	新	保 険 者 名			記 号 番 号			付 加 給 付	有・無		変更		
		旧								有・無				
		新	被 保 険 者 (世 帯 主) の 氏 名										令和 年 月 日	
		旧												
	後期高齢者医療制度		被保険者番号						資 格 取 得 年 月 日		令和 年 月 日			
※ 処 理 欄	課長		室長		係長		係		処 年 月 日 理 日	令和 年 月 日				
	上記届出により次のとおり処理する。													
	新受給者 番 号													
	変 更 年 月 日		令和 年 月 日		電算	未・済	払 出 整 理 簿	未・済	受 給 者 証 訂 正 (回 収)	未・済				

(注) 届出者は※欄は記入しないでください。