

様式第10号(第12条関係)

東北町ひとり親家庭等医療費受給資格
変更届
消滅届

年 月 日

東北町長 殿

青森県上北郡東北町

申請者 住所

氏名

印

下記のとおり資格証を添えて届出します。

記

1. 変更届

		新	旧	変更年月日	
給付対象者	住所				
	氏名				
	加入保険	種別			
		記号番号			
		保険者			
		所在地			
受給者	住所				
	氏名				

2. 消滅届

消滅事項	
事由	