

那覇市母子及び父子家庭等医療費助成金受給者変更(消滅)届

受給者番号					
児童扶養手当証書番号					
変更の内容	受給資格者	新氏名			
		旧氏名			
		新住所	住所変更は、ご来課の上お手続きをお願い致します。		
		旧住所			
	振込先口座	金融機関	銀行・金庫 組合・農協		本店 支店
		口座	支店番号	(普通) 口座番号	
	加入医療保険	保険者	国保	全国健康保険協会 支部	健康保険組合 共済組合
		被保険者氏名 (国保世帯主)			保護者との続柄
		記号番号	記号	番号	
		保険取得日 (認定日)	年 月 日		
消滅の場合	消滅事由	消滅届は、ご来課の上お手続きをお願い致します。			
	消滅年月日	年 月 日			
上記のとおり、那覇市母子及び父子家庭等医療費助成事業の (申請事項が変更・受給資格が消滅) したので届出します。 年 月 日 那覇市長様 住所 _____ 保護者 氏名 _____ 印 _____ 電話番号 _____					

審査	入力	受付