

第6号様式（第7条関係）

住 所 ・ 氏 名 変 更 届
(ひとり親家庭等医療費)

年 月 日

御杖村長 殿

届出者 住 所 _____

氏 名 _____

下記のとおり(住所・氏名)を変更しましたので届けます。

受給資格証 受給者番号				
受給者	旧 住 所		新 住 所	
	旧 氏 名		新 氏 名	

(注) この届出の際に、受給資格証を提出してください。