様式第５号(第１０条関係)

|  |
| --- |
| おおい町妊婦等医療費助成認定内容等変更届年　　月　　日　　　　　おおい町長　　　　　　　様 |
| 受給認定者（届出者） | 住所　　　　　　　　　　　第　号　番地氏名　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 　おおい町妊婦等医療費助成受給者認定の内容等について、次のとおり変更があったのでお届けします。なお、審査にあたり、必要な場合には医療機関へ照会されることを承諾します。 |
| 受給認定者 |  |
| 発生した事項 | 出産　　・　　転出　　・　　その他（　　　　　　）（流産・死産含む） |
| 発生した期日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| その他変更事項 | 変更前 | 変更後 |
| 認定者名 | 　 | 　 |
| 加入医療保険 | 　 | 　 |
| 振込先金融機関名 | 支店（　普　・当　）（口座番号） | 支店（　普　・当　）（口座番号） |
| その他 | 　 | 　 |

　＜添付書類＞

上記事実を証明する書類。

　（下記の内容について同意した場合、公簿で確認できる書類は省略できる。）

|  |
| --- |
| 同意書 |
| 私は、おおい町妊婦等医療費助成受給者認定要件の確認のため、おおい町長が住民基本台帳等に関する公簿を閲覧し、及び調査することに同意します。氏　名　　　　　　　　　　　　印　 |