

年 月 日

坂東市長 殿

㊦・すこやか医療費助成制度帳票等送付先変更取り下げ届

㊦・すこやか医療費助成制度に係る帳票等の送付先変更届を取り下げます。

1. 受給者氏名

フリガナ		受給者番号
受給者氏名		

2. 受給者住所

住所	〒	電話番号 ()
----	---	----------

届出人	住所			
	氏名	印	対象者との関係	
	電話番号			

※ 届出人の本人確認資料（運転免許証等のコピー）が必要です。