

様式第 2 0 号（第 1 2 条関係）

市町村民税額等変更届出書

年 月 日

ふじみ野市長 宛て

住 所
届出者
氏 名

市町村民税額等が下記の理由により変更となったので、必要書類を添えて届け出します。

記

公費負担者番号											交付年月日	年 月 日
受給者番号											指定医療 機関名	
養育医療受給者 氏名												
医療券の有効期間	年 月 日から						年 月 日まで					
母子保健法第 2 1 条の 4 の規定により支払を命ずる額（現在）					月 額				円			
届出理由	1 申請時に市町村民税が未確定であったがその額が確定したため 2 生活保護を受給したため 3 その他											
届出受付 年月日												