

## 子ども医療費受給資格内容等変更届

## &lt;児童&gt;

氏名		生年月日	出生順位
1	カナ	年 月 日	第 子
2	カナ	年 月 日	第 子
3	カナ	年 月 日	第 子

住所	
----	--

## &lt;変更事項&gt;

(変更があった項目の口にしをつけ、変更内容を記入してください。)

<input type="checkbox"/> 住所	(変更前)
	(変更後)
<input type="checkbox"/> 氏名	(変更前)
	(変更後)
<input type="checkbox"/> 保険証	※児童の健康保険証の写しを添付してください。
<input type="checkbox"/> 受給者	(変更前) ( 年 月 日生)
	(変更後) ( 年 月 日生)

## &lt;届出者&gt;

(受給者である保護者)

(宛先) 見附市長		(届出日) 年 月 日	
上記のとおり変更が生じたので受給者証を添えてお届けします。			
また、この届による変更事項及び医療費助成を受けることに関し、私及び児童の加入する医療保険の被保険者並びに児童の世帯主の住民基本台帳について必要な調査をされることに同意します。			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名	署名	電話番号	- -
住所	<input type="checkbox"/> 児童と同じ (記入不要)		続柄 児童から見て

