

子ども医療費受給資格内容等変更届

<児童>

氏名		生年月日	出生順位
1	カナ ミツケ イチロウ	令和〇年〇月〇日	第〇子
	見附 一郎		
2	カナ	年 月 日	第 子
3	カナ	年 月 日	第 子
住所	見附市昭和町2丁目1番1号		

住所変更した場合は、新住所を記入してください。

<変更事項>

(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 checked="" type="checkbox"/> 住所	(変更前) 見附市学校町2丁目13番30号
	(変更後) 見附市昭和町2丁目1番1号
<input type="checkbox"/> 氏名	(変更前)
	(変更後)
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 受給者	(変更前) 見附 花子 (平成〇年〇月〇日生)
	(変更後) 見附 太郎 (平成〇年〇月〇日生)

<届出者> (受給者である保護者)

(宛先) 見附市長 (届出日) 令和〇年〇月〇日
 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	ミツケ タロウ	生年月日	平成〇年〇月〇日
氏名	署名	電話番号	0258 - 62 - 1700
	見附 太郎		
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 児童と同じ (記入不要)	続柄	児童から見て 父

受給者変更した場合は、新受給者を届出者としてください。

