

※市記入	受給資格者・氏名変更の場合、証の交付 助成金 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 (ひ医申請予定・他) 給付 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 (手書修正済・他)	台帳処理日

子ども医療費助成金受給資格内容変更届					
<input type="checkbox"/> 助成金 (桃色) <input type="checkbox"/> 給付 (黄色)					
助成金 (給付) 受給資格者証 番 号	1	()	受給資格者 氏 名		
	2	()			
	3	()			
	4	()			
	5	()			
子 ども 氏 名	1		子 ども 生 年 月 日	1	平成・令和 年 月 日
	2			2	平成・令和 年 月 日
	3			3	平成・令和 年 月 日
	4			4	平成・令和 年 月 日
	5			5	平成・令和 年 月 日

変更になった項目を記入してください。

受給資格者 氏 名		住 所	
電 話 番 号	()		
子 ども 氏 名	1	子 ども 住 所	1
	2		2
	3		3
	4		4
	5		5

加入医療保険	保 険 の 種 類	協 ・ 組 ・ 船 ・ 共 ・ 国			
	被 保 険 者 証	記 号		番 号	
	被 保 険 者 氏 名				
	保 険 者 名				
	所 在 地				
	資 格 取 得 年 月 日	平成・令和 年 月 日	付加給付の有無	有・無	

振込口座	金 融 機 関 名	銀行・金庫 組合・農協		本店・支店 本所・支所
	口 座 種 別	普通・貯蓄	口 座 番 号	
	※カタカナで記入 口 座 名 義 人			

市町村民税非課税世帯 (非該当世帯) で、 医療機関等の窓口での支払がなくなる 子ども医療給付受給資格者証 (黄色) の交付を	<input type="checkbox"/> 希望する (<input type="checkbox"/> 税申告・修正 <input type="checkbox"/> 同意書・証明書提出) <input type="checkbox"/> 希望しない (資格喪失)
---	---

上記のとおり変更しましたので、届け出ます。

令和 年 月 日 届出人 住所
氏名
電話番号 ()

(宛先) 出水市長