第3号様式(第3条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| ※市記入 | 受給資格者・氏名変更の場合、証の交付  助成金 □ 要　□ 不要（ひ医申請予定・他）  給 付 　□ 要　□ 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  □　助成金（桃色）　　□　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 | | | | | □　希望する（□ 税申告・修正　□ 同意書・証明書提出）  □　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 | | | | | | | | | | | |