

子ども医療費受給資格内容等変更届出書

情報の閲覧等に関する同意の確認（同意の場合は☑をいれてください。）		届出に係る子どもの医療費助成受給資格の確認を行うため、以下のことに同意します。公簿等により情報の閲覧・取得ができない場合は、確認できる書類を提出します。 <input type="checkbox"/> 町が当該子どもの保護者及び子どもに係る医療保険上における被保険者の地方税に関する情報を閲覧等すること。 <input type="checkbox"/> 町が助成対象者の加入する医療保険情報を取得すること。											
受給者	氏名									生年月日	年	月	日
	住所												
		(TEL - - )											
子ども	受給者証番号					個人番号							
	氏名						生年月日						
	受給者証番号					個人番号							
	氏名						生年月日						
	受給者証番号					個人番号							
	氏名						生年月日						
変更事項 ※変更部分のみ記載	変更事由		<input type="checkbox"/> 子の氏変更 <input type="checkbox"/> 保護者変更 <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 保険変更 <input type="checkbox"/> 口座変更										
	区分		新					旧					
	保護者の氏名												
	子どもの氏名												
	住所												
	健康保険	保険者名											
		記号・番号											
		被保険者氏名											
		附加給付内容											
	振込口座	金融機関名											
		支店名											
口座番号													
(カタカナ) 口座名義人													
備考													

上記のとおり変更が生じたので、受給者証を添えて届出します。

年 月 日

柴田町長 殿

住所  
届出人

氏名  
TEL - -