

子ども医療費助成受給資格登録変更（喪失）届

年 月 日

(宛先)山武市長

申請者 (保護者)	住 所			
	電話番号	— —		
	氏 名			
	子ども氏名			

下記のとおり子ども医療費助成受給登録の内容等に変更がありましたので、届出します。

記

申請者氏名	住 所			
	フリガナ		電話番号	— —
	氏 名			
配偶者	住 所	☐ 申請者と同じ ☐ その他（ ）		
	フリガナ		電話番号	— —
	氏 名			
子ども	住 所	☐ 申請者と同じ ☐ その他（ ）		
	フリガナ			
	氏 名			
加入医療 保険	保険者名			
	記号		番号	
	資格取得年月日	年 月 日		
資格喪失	該当する項目に○をしてください。 1. 転出 （転出先 ） 2. 死亡 3. その他（ ）			

注)変更があった事項のみ記入してください。

保護者が変更になった場合は、次の同意書に御記入ください。

同 意 書	
子ども医療費助成を申請するにあたり、本制度を利用する間、本件申請に関する事務を処理するために必要な世帯員の住民基本台帳の情報提供並びに世帯の所得及び課税情報に関する情報について、調査、確認することに同意します。	
氏 名	氏 名
個人番号	個人番号