

記入例

子ども医療費受給資格内容等変更届出書

受給者	受給者証番号	氏名			
	住所	保護者の氏名、生年月日、住所を記入			
子ども	氏名	生年月日	年	月	日
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 受給者の住所と	子どもの氏名と生年月日を記入		
変更事項	変更事由	<input type="checkbox"/> 医療保険 <input checked="" type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	区分	新 記載例は、転居の場合です			
	氏名				
	住所	南三陸町志津川字沼田●●		南三陸町戸倉字寺浜●●	
加入保険	記号番号				
	保険者名	新旧の住所を記載			
	摘要				
	備考	令和●年●●月●●日 転居の届出日を記載			

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。

令和●年●●月●●日

申請日を記入

長 様

受給者

住所 南三陸町志津川字沼田●●番地

氏名 三陸 太郎

保護者の現在の住所・氏名を記入