様式第５号（第９条関係）

子ども医療費受給資格内容等変更届

年　　月　　日

伊方町長　様

申請者住所

申請者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号

　　次のとおり子ども医療費受給資格内容等に変更がありましたので、届出します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 子ども | ふりがな |  | 生年月日 | 受給者番号 |
| 氏名 |  |  |  |
| 子ども | ふりがな |  | 生年月日 | 受給者番号 |
| 氏名 |  | 　　年　月　日 |  |
| 子ども | ふりがな |  | 生年月日 | 受給者番号 |
| 氏名 |  | 　　年　月　日 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 乳幼児加入保険※変更後 | 被保険者 | 氏名 |  | 子どもとの続柄 |  |
| 住所 |  |
| 記号 | 番号 | 枝番 | 資格取得（認定）年月日 |
|  |  |  | 年　　月　　日 |
| 保険者名 |  |

　□住所　　□氏名　　□受給資格者　　□その他（　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 変更前 | 変更後 | 変更年月日 |
| 受給資格者 | 　 | 　 | 年　　月　　日 |
| 子　ど　も | 　 | 　 | 年　　月　　日 |
| 子　ど　も | 　 | 　 | 年　　月　　日 |
| 子　ど　も | 　 | 　 | 年　　月　　日 |

　（注）この届出には、子ども医療費受給資格証を添付してください。