別記様式第10号(第9条関係)

子ども医療費受給資格変更届

年　　月　　日

　　厚岸町長　　　　　　　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 届出人  (保護者) | 住所  氏名　　　　　　　　　　印  (本人が署名した場合は、押印は不要です。) |

　次のとおり(受給資格)に変更がありましたので届出します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給対象者 | | |  | | | | | | | | 公費負担者番号 | |  |
| 受給者番号 | |  |
| 個人番号 | | |  | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 新 |  | | | | | | | | | | 変更  年　月　日 |
| 旧 |  | | | | | | | | | |
| 氏名 | | 新 |  | | | | | | | | | | 変更  年　月　日 |
| 旧 |  | | | | | | | | | |
| 加入保険 | | 新 | 種類 |  | | 保険者名 |  | | | 記号番号 | |  | 変更  年　月　日 |
| 旧 |  | |  | | |  |
| 新 | 付加給付の有無 | |  | | | 付加給付の内容 |  | | | | 変更  年　月　日 |
| 旧 |  | | |  | | | |
| 保護者 | 住所 | 新 |  | | | | | | | | | | 変更  年　月　日 |
| 旧 |  | | | | | | | | | |
| 氏名 | 新 | 個人番号 | | | | | | | | | | 変更  年　月　日 |
|  | | | | | | | | | |
| 旧 | 個人番号 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |