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 |
|  |