第４号様式(第９条第２項・第14条第１項)

子ども医療費受給資格登録変更届

年　　月　　日

多古町長　様

申請者 (保護者)	住所	〒　　－
	電話	－　　－
	氏名	(子どもとの続柄　　)

下記のとおり受給資格の登録事項の内容に変更・誤りがありましたので、受給登録の変更及び子ども医療費助成受給券の変更を申請します。

記

保護者	住所	〒		
	フリガナ 氏名		電話 番号	－
子ども	住所	〒		
	フリガナ 氏名		生年 月日	年　月　日
振込口座(保護者)	金融機関名	銀行（ゆうちょ銀行は除く）・金庫・組合・農協		
	支店名	本店・支店		
	口座番号			
	フリガナ 口座名義人			
加入医療保険(子ども)	保険者名			
	保険者番号			
	保険種別	１．社保　２．国保　３．国保組合　４．その他の国保組合　５．その他		
	被保険者名			
	記号番号	記号	番号	
	資格取得 年月日	年　月　日		

注）変更があった事項のみ記入してください。又、振込口座及び加入医療保険に変更が生じた場合は、下記書類を添付してください。

（添付書類）１．通帳（写）　２．被保険者等であることを証する書類（写）