

第5号様式

㊦ 子ども医療費助成金受給資格者登録事項変更届

年 月 日

届出者 住所  
氏名

印

垂水市長 殿

受給資格者		氏名											
受給資格者		住所											
子ども		受給資格者証番号											
子ども		氏名											
登録事項		旧					新						
変更の内容	子ども	氏名											
		住所											
	医療保険	保険の種類	政 組 日 船 共 国					政 組 日 船 共 国					
		記号・番号											
		被保険者氏名											
		附加給付金の内容	無 ・ 有 ( )					無 ・ 有 ( )					
	振込先金融機関	名称	銀行・金庫 組合・農協			支所 支店		銀行・金庫 組合・農協			支所 支店		
		預金種別	普 ・ 当					普 ・ 当					
		口座番号											
		口座名義人 (カナ)											
その他													
変更年月日			年 月 日										
届出者が受給資格者と異なっているときは、その事情													
※この欄は市に おいて記入	決裁	所長	次長	係長	係		受付	年 月 日					
							決裁	年 月 日					
							交付	年 月 日					

注 記名押印に代えて署名することができます。