

申請事項変更届

令和 年 月 日

薩摩川内市長 様

住 所 薩摩川内市

届出人 氏 名

電話番号

子ども医療費助成金受給資格者登録事項又は子ども医療費助成金支給申請事項に変更がありましたので届けています。

| 受給資格者子ども | 受給資格番号 | 氏 名 | 性別 | 生年月日 | 適 用 事 由 |
|----------|--------|-----|--------------|--------------|---|
| | | | | 平成 令和 . . | ・子どもの氏名 ・受給資格者との続柄 ・受給資格者(氏名、住所) ・加入医療保険 |
| | | | | 平成 令和 . . | |
| | | | | 平成 令和 . . | |
| | | | | 平成 令和 . . | |
| | | | 平成 令和 . . | 変更年月日 | |
| | | | | 令和 年 月 日 | |

| 変 更 事 項 | | | | | | |
|----------------------------|--------------------|-------|---------|---------------------|---------------|--|
| 子 ど も | (フ リ ガ ナ) 氏 名 | | 性別 | 生年月日 | 受給資格者との 続柄 | |
| | | | | 平成/令和 . . | | |
| | | | | 平成/令和 . . | | |
| 受給資格者 | 氏 名 | | 電話番号 | | | |
| | 住 所 | | | | | |
| 加 入 医 療 保 険 | 記 号 ・ 番 号 | | | 資格取得年月日 | 平成 令和 . . | |
| | 被 保 険 者 等 | 氏 名 | 子どもとの続柄 | | | |
| | | 住 所 | | | | |
| | 保 険 者 | 保険者番号 | | | | |
| | | 名 称 | | | | |
| 所 在 地 | | | | | | |
| 付 加 給 付 の 有 無 | | 有 ・ 無 | | 付 加 給 付 の 内 容 | | |

※ 変更のあった事項について、該当する欄のみ記入してください。