規則様式第９号（第８条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁 | 町　長 | 副町長　 | 総務課長 | 担当課長 | 係 | 合　　議 | 受付 |
|  |  |  |  |  |  |  |

子ども等医療費受給資格 内容変更等 届

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 変更前 | 変更後（変更となった項目のみ記入） |
| 子　ど　も　等 | ふ 　り 　 が 　 な氏 名 |  |  |
| 住 所 | 飯南町 | 飯南町 |
| 　加　入　保　険 | 被 保 険 者 氏 名 |  |  |
| 保 険 種 別 | 国保　・　協会けんぽ　・　共済　・　組合その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 国保　・　協会けんぽ　・　共済　・　組合その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 保 険 者 名　称 |  |  |
| 記　　号 |  |  |
| 番　　号 |  |  |
| 附　加　給　付　金 | 有　　　　　・　　　　　無 | 有　　　　　・　　　　　無 |
| （保護者）受給資格者 | ふ　　り　　が　　な氏 名 |  |  |
| 住 所 | （※同じ場合は　同上） |  |
| 変 更 等 事 由 発 生 年 月 日 | 　年　　　　　　月　　　　　　日　　　　　 |
| 変　　更　　等　　事　　由 | 転居　・　保険変更　・　氏名変更　・　転出　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 飯南町長　　様上記のとおり変更等したのでお届けします。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　あ届出人　 　　　氏　名 　　　　あ　あ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　あ　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　－　　　　　　　　　　　　－　　　　　　　　　　　　あ　　　　　　　　　　　　（乳幼児等との続柄　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

　　　　　　　　　　　　　　　　　※押印不要

◎添付書類　：　助成対象者の健康保険証のコピー