

子ども医療費受給資格変更届

年 月 日

江差町長 様

申請者 住 所
氏 名
受給者との続柄
電話番号

下記のとおり(受給資格)に変更がありましたのでお届けします。

記

受給対象者名									受給者証号			
受給対象者	住所	新									変更	
		旧									年 月 日	
	氏名	新									変更	
		旧									年 月 日	
加入保険	種別	新			保険者名			記号番号			変更	
		旧							年 月 日			
		新	附加給付の有無				附加給付の内容				変更	
		旧							年 月 日			
保護者	住所	新									変更	
		旧									年 月 日	
	氏名	新									変更	
		旧									年 月 日	

注 (1) ※印欄は記入しないこと。(2) 関係欄のみ記入のこと。

上記申請内容についての資格確認の為、対象者世帯の所得状況等を調査することに同意します。				年 月 日	
				署名	
※確認事項	☐ 世帯状況 ☐ 生年月日 ☐ 所得状況 ☐ 生活保護			確認年月日	年 月 日
	☐ その他 []			確認者	

※処理欄	課長		主幹		係長		係		処理年月日	年 月 日
	上記届出により次のとおり処理する。									
	変更年月日	年 月 日		台帳整理	未・済	払出簿整理	未・済	受給者証訂正(回収)	未・済	