

別記様式第 7 号 (第 8 条関係)

子ども医療費受給資格変更届

令和 年 月 日

江差町長 様

申請者 住 所
氏 名 ⑩
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 記 号 ・ 番 号			
受給対象者	住 所	新								変更 年 月 日
		旧								
	氏 名	新								変更 年 月 日
		旧								
	加入 保 險	新	種 類			保 險 者 名			記 号 番 号	変更 年 月 日
		旧								
		新	附 加 給 付 の 有 無			附 加 給 付 の 内 容			変更 年 月 日	
		旧								
保 護 者	住 所	新								変更 年 月 日
		旧								
	氏 名	新								変更 年 月 日
		旧								

注 (1) ※印欄は記入しないこと。(2) 関係欄のみ記入のこと。

※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	⑩

※ 処 理 欄	<table><tr><td>課 長</td><td></td><td>主 幹</td><td></td><td>係 長</td><td></td><td>係</td><td></td></tr></table> 処理年月日 年 月 日 上記届出により次のとおり処理する。								課 長		主 幹		係 長		係	
	課 長		主 幹		係 長		係									
	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							