

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

肝付町長 様

受給資格者証番号					
受給資格者	氏名		性別	男・女	
	住所				
子ども	氏名	生年月日	住所	性別	受給資格者との続柄
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
変 更 内 容					
変更事項	変更年月日	変 更 後	変 更 前		
住所 口座 保険					

届出者が受給資格者と異なっているときは、その事情	
--------------------------	--

注 受給資格者が変わるときには、新受給資格者が子どもを監護する者となったことが確認できる資料を添えてください。