

様式第6号（第7条関係）

決 裁	課長	課長補佐	係長	係	受付	年 月 日
					交付	年 月 日
					決裁	年 月 日

児童医療費受給資格内容等変更届						
受給 資格者	氏名					
	住所					
児 童	第1子	公費番号		受給者番号		
		氏名		生年月日	年 月 日	日生
	第2子	公費番号		受給者番号		
		氏名		生年月日	年 月 日	日生
	第3子	公費番号		受給者番号		
		氏名		生年月日	年 月 日	日生
変 更 事 項	変更事由		住所変更 加入保険変更 その他（ ）			
	変更する項目のみ記入してください。					
			新		旧	
	住所		さくら市		さくら市	
			住定日		年 月 日	
	加入 保険		記号番号			
			保険者名称			
			所在地			
			変更年月日		年 月 日	
	備考					
上記のとおり変更が生じたので受給資格証を添えて届け出ます。						
年 月 日						
住所 さくら市						
届出人						
氏名 _____ (印)						
本人自署の場合は、押印を省略できます。						
電話番号 _____						
さくら市長 様						

※ 太線欄には、申請者は記入しないこと。