

子ども医療費等助成受給資格登録事項変更届

令和 年 月 日

(あて先) 成田市長

届出者
(保護者)

住所 _____
氏名 _____
電話番号 _____

次のとおり、受給資格の登録事項の内容に変更があったので、届け出ます。

1 変更の対象となる子ども

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|-------|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| 受給者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | | | | | | 年 月 日 | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | |

2 変更内容

| | | | | | | | |
|--------------------------|-----------|--|-----|------|--|----|--|
| 変更のあった日 | | 年 月 日 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 住所変更 | 新 | 成田市 | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 氏名変更 | 旧 | | | | | |
| | | 新 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 保護者の変更 | 旧 | | | | | |
| | | 新 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 加入医療保険の変更 | 1 国民健康保険 2 健康保険組合 3 共済組合 4 国保組合 5 船員保険 6 その他 () | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 世帯構成の変更 | 氏名 | | 個人番号 | | 続柄 | |
| | | 1 | | | | | |
| | | 2 | | | | | |
| | | 3 | | | | | |
| | | 4 | | | | | |
| | | 5 | | | | | |
| | | 6 | | | | | |
| | | 7 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 課税状況の変更 | <input type="checkbox"/> 非課税世帯から課税世帯 | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 課税世帯から非課税世帯 | | | | | |

(注) 該当する□にレ印をつけ、変更の内容を記入してください。

| | | | | | |
|-------|-------|--------|-----|--------|-----|
| 受給券変更 | あり・なし | 旧受給券回収 | 済・未 | 新受給券交付 | 済・未 |
|-------|-------|--------|-----|--------|-----|

| |
|-----|
| 受付者 |
| |

| | |
|---------|------------|
| 番号確認 | 本人確認 |
| 通・住・職 | 免・パ・障・精・在 |
| | 資・年・児証・特児証 |
| 個人番号カード | |