

※ 記入例

子ども医療費助成金受給資格者登録事項変更届出書

平成 26年 10月 1日

いちき串木野市長 様

申請者 住所 いちき串木野市 昭和通133 番地 1
(公民館 昭和通)

電話番号 0996 (32) 3111

氏名 山田 太郎

受給資格者	氏名	山田 太郎
	住所	いちき串木野市昭和通133番地1

子 ど も	氏名	生年月日	住所	性別	受給資格者 との続柄	受給資格者 番号
		山田 花子	平成20年 5 月 5 日	いちき串木野市 昭和通133 番地1	男(女)	子
	山田 一郎	平成22年 8 月 8 日	いちき串木野市 " 番地	男(女)	子	1 2 4
		平成 年 月 日	いちき串木野市 番地	男・女		
		平成 年 月 日	いちき串木野市 番地	男・女		
		平成 年 月 日	いちき串木野市 番地	男・女		

変 更 内 容			
変 更 事 項	変 更 年 月 日	変 更 後	変 更 前
住所変更 保険証変更	平成26年10月 1日	昭和通 133 番地 1	湊町 1丁目 1 番地

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

- 注 1 受給資格者が変わるときには、新受給資格者が新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。
- 2 記名押印に代えて署名することができます。