

第9号様式(第13条関係)

子ども医療費受給資格内容等変更届

年 月 日

志木市長 様

住 所
届出人 氏 名
電話番号

次のとおり、内容に変更が生じたので受給資格証を添えて届出します。

また、届出の内容の確認に必要な情報を、公簿等を用いて確認することに同意します。

対 象 者 番 号		個 人 番 号	
対 象 者 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
変 更 年 月 日	年 月 日		
区 分	新	旧	
内 容			
対 象 者 氏 名			
住 所			
加 入 医 療 保 険	加 入 者 氏 名		
	記 号 ・ 番 号		
	保 険 者 の 名 称	電 話 番 号	電 話 番 号
	所 在 地		
振 込 先	金 融 機 関	銀 行 信 用 金 庫 農 協	銀 行 信 用 金 庫 農 協
	本 ・ 支 店 名		
	口 座 番 号		
	フ リ ガ ナ 名 義 人 氏 名		
消 滅 の 理 由	1 他市(町村)に転出 転出先() 2 生活保護法による保護 3 他の医療費支給の対象() 4 死亡 5 その他()		