第9号様式(第13条関係)

子ども医療費（ 乳幼児、児童・生徒 ）受給資格内容等変更届

平成　　年　　月　　日

志 木 市 長 様　　届出人　住　　所

氏　　名　　㊞

電 話 番 号　　(　　)

次のとおり、　申請事項が変更 ・ 受給資格が消滅　　したので届出します。

対 象 者 番 号			
対 象 者 氏 名		生 年 月 日	H　　年　　月　　日
変 更 年 月 日	H　　年　　月　　日		

※変更がある箇所のみご記入ください

	区分 / 変更内容		新	旧
□	保護者(氏名変更)		(続柄:　　)	(続柄:　　)
□	対象者(氏名変更)			
□	住所(市内転居の場合)		志木市	志木市
□	加入医療保険	被 保 険 者		
		記 号・番 号		
		保険者の名称	保険者番号	保険者番号
			支部	支部
			電話番号　　(　　)	電話番号　　(　　)
		所　在　地		
□	振込先	金融機関	銀行コード　　銀行 信用金庫 農協	銀行コード　　銀行 信用金庫 農協
		本・支店名	支店コード　　本 ・ 支店	支店コード　　本 ・ 支店
		口 座 番 号		
		フ リ ガ ナ		
		口座名義人		

消滅の理由

1 他市(区町村)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 対象者の死亡

5 その他 (　　)

氏 ・ 住所 ・ 保険 ・ 口座 ・ 保護者変更 ・ 喪失