様式第４号（第８条関係）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 只見町子ども医療費受給資格内容等変更届  年　　　月　　　日  只見町長  受給資格者の登録内容に変更が生じましたので届け出ます。 | | | | | |
| 届出者 | | 住所 |  | | |
|  | | 氏名 | 印 | | |
| 保護者 | 氏　　名 | □　届出者に同じ | | | |
| 住　　所 | □　届出者に同じ | | | |
| 子ども | 受給資格者番号 |  | | | |
| 氏　　　名 |  | | | |
| 住　　　所 | □　届出者に同じ | | | |
| 変更内容 | 変更事由 | □　転居  □　医療保険の変更  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 区　　分 | 項　　目 | | 変更前 | 変更後 |
| 保　護　者 | 氏　　名 | |  |  |
| 住　　所 | |  | □　届出者に同じ |
| 子　ど　も | 氏　　名 | |  |  |
| 住　　所 | | □　保護者に同じ | □　届出者に同じ |
| 加入医療保険 | | 記　号：  番　号：  保険者： | （保険証添付） |
| 付加給付 | |  |  |
| 備考 | | |  |  |

※　子ども一人につき一枚作成すること。