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。