

様式第 9 号（第 7 条関係）

子ども医療費受給資格内容変更等届			
資格証の記号番号			
区分	変更種別	新	旧
受給 資格者	ふりがな 氏名		
	住 所		
子ども 等	ふりがな 氏名		
	住 所		
加 入 保 険	被保険者氏名		
	保 険 種 別		
	保 険 者 名		
	保 険 者 所 在 地		
	被保険者等記号番号（枝番）		
	附加給付金の有無	有 ・ 無	有 ・ 無
	給 付 内 容		
他の制度による医療費助成を受けることとなったとき		助成制度名	
変更等事由発生日			
変 更 等 事 由			
上記のとおり変更等したのでお届けします。			
年 月 日			
届出人 住 所			
氏 名			
(子ども等との続柄)			
☎ () ー			
江津市長 様			