

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			
子ども 等	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
	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		
変更等事由発生年月日				
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)				
電話 () -				
江津市長 様				