様式第5号（第7条関係）

こどもの医療費受給に関する変更届出書

阿 南 市 長　宛 て

以下の事項に同意した上で、阿南市こどもの医療費の助成に関する条例施行規則第7条の規定により、次のとおり届け出ます。

(1)こどもの医療費受給資格の取得、喪失、変更及び更新並びに医療費の助成にあたり、申請者（保護者）（申請者（保護者）と被保険者が異なる場合は被保険者を含む。）及びそのこどもに関する所得（税状況）、世帯の状況、保険の加入状況、診療及びその公費の助成内容について官公署、関係人に調査・報告を求めることに同意します。
(2)こどもの医療費の助成に関する条例に基づく事務のうち個人番号を利用して処理する必要があるものについて、阿南市が申請者（保護者）の個人番号を利用して取得・確認することに同意します。
(3)(2)に同意しない場合は、当該部分を二重線で消してください。その場合、資格の審査等に必要な書類を提出していただく場合があります。

届出年月日	令和　　年　　月　　日		□ 入力済
申請者（保護者）	住所		
	ふりがな		生年月日
	氏名		S・H　　年　　月　　日
	個人番号		※日中に連絡可能な番号を記入してください。 電話（　　）
代理人（窓口にきた方）	住所	□ 申請者と同じ	
	ふりがな		申請者との続柄（　　）
	氏名		
こども	住所	□ 申請者と同じ　□ 代理人と同じ 阿南市	
	氏名		受給者番号 / 生年月日 H・R　年　月　日
	氏名		受給者番号 / 生年月日 H・R　年　月　日
	氏名		受給者番号 / 生年月日 H・R　年　月　日
理由	該当するものにレ点を付けて変更年月日を記入してください。		
	□ 加入保険　□ 住所 □ 受給者の氏名　□ 対象のこどもの氏名 □ 受給者の変更	R　年　月　日	
加入保険	記号		受給者の旧姓
	番号		こどもの旧姓
	保険者名		旧受給者

※市役所・支所・住民センター記入欄

本人確認欄	□ 運転免許証　□ 個人番号カード □ パスポート　□ その他（　　）	受付印
証回収	□ 済　□ 未	
郵送確認欄	□ 窓口　□ 発送日　／　旧住所 ・ 新住所	

（　　）住民センター