

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

- (1)こどもの医療費受給資格の取得、喪失、変更及びは被保険者を含む。)及びそのこどもに関する所得(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

こどもの医療費受給者証に記載されている受給者(保護者)の住所、氏名、生年月日、住所、日中に連絡ができる電話番号を記入してください。

受給者が変更される場合は、**変更後**の受給者(保護者)を記入してください。

個人番号は1月1日市外に居住されている方等必要な方以外は記入不要です。

届出年月日		令和	
申請者 (保護者)	住所	阿南市富岡町トノ町12番地3	
	ふりがな	あなん たろう	生年月日
	氏名	阿南 太郎	S・H 3年 1月 1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 (窓口に来た方)	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	ふりがな		
	氏名	来庁者が申請者と異なる場合は氏名、住所(受給者と住所が異なる場合のみ)等記入してください。	
こども	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 代理人と同じ	
	氏名	阿南 次郎	受給者番号 9999999 生年月日 H・R 6年 1月 1日
	氏名		受給者番号 生年月日 H・R 年 月 日
	氏名		生年月日 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。		
	<input type="checkbox"/> 加入保険	<input type="checkbox"/> 住所	R 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 受給者の氏名	<input type="checkbox"/> 対象のこどもの氏名	
	<input type="checkbox"/> 受給者の変更		
加入保険	記号	受給者の旧姓	氏名の変更、受給者の変更の場合は変更前の氏名等を記入してください。
	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	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード
	<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()
証回収	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未
郵送確認欄	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 発送日 / 旧住所・新住所

受付印

()住民センター