

## 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(受給者)(申請者(受給者)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・報告を求めると並びにこどもの医療費の助成に関する条例に基づく事務の遂行に必要な範囲内で個人番号を利用して、所得等の情報の提供を受けること及び確認することに同意します。
- (2)(1)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	<input type="checkbox"/> 入力済				
申請者 (受給者)	住所						
	ふりがな						
	氏名			生年月日 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 (窓口に来た方)	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ					
	ふりがな						
	氏名	申請者との続柄 (      )					
こども	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 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			
	個人番号						
	氏名			受給者番号      生年月日 H・R      年      月      日			
	個人番号						
	氏名			受給者番号      生年月日 H・R      年      月      日			
	個人番号						
	氏名			受給者番号      生年月日 H・R      年      月      日			
個人番号							
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		令和      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						
変更後の 加入保険	記号			被保険者 (申請者と異なる 場合のみ記入)	ふりがな		
	番号				氏名		
	保険者名				生年月日	S・H      年      月      日	
					こどもとの 続柄		
					住所		
受給者の旧姓		こどもの旧姓		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